

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

DIVERS SYMPTOMES SPINAUX

OBSERVÉS DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

A. PARENT, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

DIVERS SYMPTOMES SPINAUX

OBSERVÉS DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR

LE Dr E. FRITZ

LAURÉAT (MÉDAILLE D'OR)
DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, ETC.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1864

ÉTUDE CLINIQUE

SUR DIVERS

SYMPTOMES SPINAUX

OBSERVÉS

DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

On trouvera dans ce travail la description de plusieurs symptômes que l'on n'est pas habitué à rencontrer dans la fièvre typhoïde, et la relation de divers faits qui, au premier abord, ne paraissent guère frappants que par leur allure insolite. Les esprits qui se complaisent dans les singularités de la pathologie n'y trouveront pourtant pas, je le crains, de quoi les satisfaire. J'ai cherché dans l'observation d'un grand nombre de malades le lien par lequel ces faits bizarres, ces symptômes inaccoutumés se rattachent à l'histoire générale de la fièvre typhoïde. Les exceptions, en médecine, quand on les considère dans l'isolement, nous importent peu. L'axiome *rara non sunt artis* est vrai dans ce sens, mais on le trouvera toujours absurde, quand, prenant pour point de départ ce

qui est la règle, on y cherchera l'intelligence de ce qui s'en écarte.

Mes recherches cliniques ont été faites l'année dernière dans le service de M. le Dr Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et, cette année-ci, dans les salles de M. le professeur Tardieu, à Lariboisière. A côté des observations que j'avais recueillies moi-même, j'ai tenu à reproduire les plus importantes de celles qui se trouvaient disséminées dans divers travaux. Enfin, M. le professeur Schutzenberger, de Strasbourg, M. le Dr Benckard, de Kaisersberg, et mes excellents collègues, MM. Dubuc et Ranvier, m'en ont communiqué plusieurs autres avec une obligeance pour laquelle je suis heureux de leur exprimer ici ma sincère reconnaissance.

CHAPITRE Ier

Historique.

§ 1. — Une des premières opérations à faire dans l'étude des maladies consiste à déterminer la part exacte que chaque appareil organique a à réclamer dans l'ensemble des manifestations morbides. Ce travail, indispensable surtout quand on se trouve en présence des maladies dites générales, *totius substantiæ*, a été fait rapidement pour la fièvre typhoïde, du moment que l'anatomie patholo-

gique eut reconstitué cette espèce morbide tant démembrée. Nos devanciers nous ont laissé peu de chose à faire sous ce rapport. On remarquera toutefois que, dans la répartition des phénomènes nerveux de cette maladie entre les diverses parties du système cérébro-spinal et sympathique, la moelle épinière s'est trouvée à peu près complétement déshéritée. Il n'est pas un de nos traités classiques qui consacre une mention spéciale aux *symptômes spinaux* de la fièvre typhoïde (1).

Ce n'est pas toutefois que ces symptômes aient toujours passé inaperçus; la plupart ont été décrits depuis longtemps, et on remarque l'indication de plusieurs d'entre eux jusque dans les travaux de Finke, de Rœderer et de Wagler (voir plus bas, §§ 16 et 20). Mais ce n'est que chez un petit nombre d'auteurs que l'on trouve une interprétation physiologique, exacte, de ces phénomènes. On pourra en juger par l'aperçu suivant, que nous n'avons d'ailleurs nullement la prétention de présenter comme un historique complet. La bibliographie de la fièvre typhoïde est aujourd'hui tellement vaste, qu'il faudrait plusieurs années pour en embrasser tous les détails.

Nous sommes obligé de citer en tête de cette revue rétrospective, par ordre d'ancienneté, un travail assez étrange, publié en 1835, par un médecin allemand, le Dr Grossheim. C'est une entrée en matière un peu fâcheuse, mais le respect qui est dû à l'exactitude historique

(1) Il n'est peut-être pas inutile de faire observer expressément, et pour éviter tout malentendu, qu'il ne s'agit pas pour nous des accidents nerveux *consécutifs* à la fièvre typhoïde, mais bien des symptômes qui appartiennent soit au prodrome, soit aux périodes ultérieures de la maladie.

ne nous permet pas de passer ce document sous silence, malgré tout ce qu'il a d'énigmatique. L'auteur y rapporte qu'il a examiné la moelle épinière chez 21 malades « qui avaient succombé au typhus abdominal. Il a trouvé des exsudations tantôt séreuses, tantôt gélatiniformes dans la partie inférieure du canal rachidien ; ces exsudations formaient des tumeurs piriformes à l'origine des nerfs, là où ils traversent la dure-mère. Dans quelques cas, la sérosité était remplacée par une rougeur très-foncée, et presque toujours les membranes rachidiennes étaient injectées d'une manière très-évidente. La moelle épinière a été ramollie chez plusieurs des malades du Dr Grossheim, qui conclut de tous ces faits que le typhus abdominal se complique toujours d'une inflammation de la moelle épinière. Les symptômes qui, pendant la vie, lui paraissent dépendre de cette cause sont : la faiblesse et l'abattement extrêmes que l'on observe au début et pendant le cours de cette maladie, la diminution de la sensibilité dans les membres inférieurs et dans la partie postérieure du tronc, d'où résultent souvent des paralysies, soit momentanées, soit permanentes ; les évacuations involontaires à la suite de la diminution de l'influence de la volonté sur les sphincters qui reçoivent des nerfs de la moelle épinière, enfin les frissons, les tremblements et les crampes convulsives dans les membres. En conséquence de cette opinion du Dr Grossheim, il a traité les malades par des émissions sanguines et des frictions mercurielles sur divers points du rachis, tandis qu'à l'intérieur, il administrait le calomel et la digitale. »

La description anatomo-pathologique donnée par le Dr Grossheim est tellement en contradiction avec ce que les meilleurs observateurs nous ont appris, qu'il est im-

possible de deviner ce qu'il a vu. M. Grisolle (*Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, t. I, p. 27, 6e edition), en mentionnant l'opinion de ce médecin, dit qu'elle « n'a aucune espèce de fondement. » Je n'en appellerai pas de ce jugement. Je n'ai d'ailleurs pas pu consulter le mémoire original et j'ai dû me contenter d'emprunter le résumé qui précède au travail de MM. Lombard et Fauconnet (voir plus bas, § 4).

Ces deux médecins citent également un travaïl du Dr Bierbaum, de Dorsten, qui mentionnait les douleurs spinales comme fort importantes dans l'histoire de la fièvre typhoïde (*Berliner medicinische Zeitung*, 4 novembre 1840).

§ 2. — Dans son *Traité de l'entérite folliculeuse*, publié en 1841, mon regretté maître, le professeur Forget (de Strasbourg), instituait, à côté de variétés alors acceptées, la *forme rhumatismale* de la fièvre typhoïde. Il en citait deux exemples. Dans la première observation (voir obs. XV, § 20), il s'agit d'une fièvre typhoïde qui fut masquée pendant quinze jours par des douleurs extrêmement vives, occupant le trajet des deux nerfs sciatiques. — On trouvera plus loin le second fait (obs. XII, § 19). On y remarque, comme symptômes dominants, une rachialgie excessive, une hyperesthésie cutanée générale, des fourmillements dans les mains et à la plante des pieds, l'impossibilité de se tenir debout. Il n'est guère possible de trouver un ensemble de symptômes plus propre à caractériser un état morbide de la moelle épinière, et Forget l'avait si bien compris, qu'à l'autopsie il consacra une attention toute spéciale au cordon rachidien, et que l'observation porte en tête cet aveu significatif : *Entérite*

folliculeuse latente, prise pour une affection cérébro-spinale. L'appellation de *forme rhumatismale* appliquée à ce fait est donc aussi impropre que possible.

Ceci se trouve d'ailleurs implicitement exprimé dans la définition même donnée par Forget, qui indique, comme caractères propres de la forme rhumatismale, «des douleurs plus ou moins généralisées, continues, fixes, sans tuméfaction, sans rougeur des parties endolories, *différant par tous ces points des douleurs rhumatismales proprement dites*, dont elles se rapprochent par l'immobilité forcée et par la douleur à la pression» (*loc. cit.*, p. 259).

Ce qui a été cause de l'erreur de cet éminent clinicien, c'est qu'il a cru trouver, à tort, croyons-nous, une certaine analogie entre les deux observations qui viennent d'être rappelées et ce que M. Bazin avait décrit, en 1834, sous le nom de forme arthritique de la fièvre typhoïde.

§ 3. — En effet, bien que la forme arthritique de M. Bazin ait été acceptée par M. Littré, qui dit en avoir vu deux exemples dans le service de M. Rayer (article *Dothiénentérie* du Dictionnaire en 30 volumes), puis par les auteurs du *Compendium de médecine* (t. VIII, p. 230), il n'est nullement démontré que la description qu'en a tracée M. Bazin se rapporte réellement à des cas de fièvre typhoïde. Quelques explications sont ici nécessaires, car il s'agit d'une erreur qui a pris droit de domicile dans la science et qui ne peut que nuire à une connaissance exacte de la fièvre typhoïde.

Dans sa thèse intitulée : *Recherches sur les lésions du poumon, considérées dans les affections morbides dites essentielles* (Thèses de Paris, 1834, n° 300), M. Bazin décrit deux variétés d'affections typhoïdes, qu'il désigne sous

les noms d'*affection typhoïde pulmonaire* et d'*affection typhoïde arthritique*. Cette dernière, qui seule nous intéresse ici, est caractérisée en ces termes :

« L'affection typhoïde arthritique s'observe plus spécialement chez les femmes; elle attaque également la jeunesse, et s'observe le plus souvent sur des personnes récemment arrivées à Paris; sa durée est plus longue que celle de la précédente. La première période, plus ou moins lente dans sa marche, n'offre guère pour tous symptômes qu'un trouble plus ou moins marqué des fonctions digestives, une diarrhée continuelle, et quelquefois l'intégrité parfaite de l'appareil respiratoire; mais, plus tard, des douleurs vives se font sentir dans les membres; ces douleurs ont ordinairement leur siége dans les articulations tibio-fémorales; elles sont continues, sans rémission, et leur violence est souvent telle qu'elles arrachent des cris aux malades. Quelquefois elles s'irradient dans les parties environnantes. D'autres fois ces mêmes douleurs sont fixées sur les articulations iléo-fémorales ou tibio-tarsiennes. Elles sont bien différentes des douleurs rhumatismales, car elles n'offrent point de rémission; elles ne passent pas d'une articulation à une autre; d'ailleurs, les articulations qu'elles ont pour siége ne sont ni rouges, ni tuméfiées, mais elles sont extrêmement sensibles à la pression. La diarrhée devient plus abondante, le ventre se météorise; la poitrine, explorée, présente les signes de l'hyperémie symptomatique, la respiration est pénible, embarrassée; le pouls fréquent, sans vibration; la langue blanchâtre et molle; ordinairement on voit apparaître, vers le ventre, une éruption de sudamina. Nous n'y avons jamais observé de pétéchies; facultés intellectuelles non troublées, quelquefois subdélirium le soir. Si cette maladie doit se terminer par résolution, alors on voit la manifestation d'abcès métastatiques à la peau; la diarrhée cesse, les douleurs des membres disparaissent, le poumon se dégorge; mais, si la maladie doit avoir une issue funeste, la diarrhée augmente, la respiration s'embarrasse de plus en plus; ordinairement le délire survient, la maigreur est extrême, et le malade succombe après quarante ou cinquante jours de souffrance. L'ouverture cadavérique nous a donné, dans ce cas, les mêmes résultats que l'affection typhoïde

pulmonaire. C'est vainement que nous avons examiné les articulations affectées de douleurs pendant la vie; nous n'avons jamais pu y rencontrer la moindre lésion. »

A ne considérer que les symptômes, on trouve en effet à cette affection une assez grande ressemblance avec certains cas de fièvre typhoïde, mais les résultats des autopsies faites par M. Bazin ne nous permettent pas d'accepter cette assimilation.

« L'autopsie des sujets qui ont succombé à cette affection, est-il dit, nous a fait découvrir dans le poumon les première et seconde formes d'hyperémie symptomatiques, l'absence de toute trace de pleurésie, l'absence de bronchite..... L'intestin grêle offrait ordinairement le développement de quelques plaques agminées, *sans ulcération*. Les méninges étaient injectées. »

L'unique observation que M. Bazin a annexée à son travail, comme un exemple d'affection typhoïde arthritique, nous confirme dans nos doutes. Le malade mourut le vingt-huitième jour. A l'autopsie, « la muqueuse de l'intestin grêle est rouge, congestée à sa partie supérieure... » Ainsi, l'entérite folliculeuse paraît avoir manqué dans toutes les ouvertures de cadavres. Ce n'est pas là la fièvre typhoïde telle que nous la comprenons.

On s'explique d'ailleurs facilement comment M. Bazin a pu s'éloigner à ce point de la manière de voir ordinaire, en tenant compte du rôle qu'il faisait jouer, dans les fièvres typhoïdes, à certaines lésions pulmonaires. On en jugera facilement par les deux propositions suivantes qui se trouvent en tête des conclusions de M. Bazin :

1° « L'analogie des fièvres typhoïdes et éruptives repose non-seulement sur le développement des éruptions tégumentaires, mais en-

core sur l'existence des congestions viscérales dans ces deux ordres de maladies. »

2° « La lésion du poumon dans les fièvres est une lésion *spéciale*, *propre à ces affections*, lésion qui n'est autre chose qu'une congestion sanguine, susceptible de divers degrés, et offrant des caractères spéciaux qui la distinguent de la pneumonie. »

Nous revenons aux travaux de Forget. A l'époque où parut le *Traité de l'entérite folliculeuse*, une épidémie de méningite cérébro-spinale régnait à Strasbourg. Dans la relation qui en a été tracée par Forget (*Relation de l'épidémie de méningite céphalo-rachidienne observée à la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg en* 1841), on trouve (p. 40) une observation intitulée : *Entérite folliculeuse (fièvre typhoïde) simulant la méningite*,.. Ici, l'erreur de diagnostic, facile à comprendre, eut pour raison des douleurs que le malade éprouvait à la nuque et le long du rachis. Il ne paraît pas que Forget ait songé à rapporter ce fait à sa forme rhumatismale.

§ 4. — En 1843, MM. Lombard et Fauconnet, en publiant dans la *Gazette médicale de Paris* des *Études cliniques sur quelques points de l'histoire des fièvres typhoïdes*, consacrèrent un paragraphe spécial aux symptômes spinaux de cette maladie. M. Lombard les avait d'abord remarqués chez une jeune fille, lors d'une épidémie qui régnait, en 1840, dans un village voisin de Genève. Cette enfant (voir obs. X, § 17) éprouva, au début de sa fièvre typhoïde, une douleur très-aiguë à la nuque, puis, plus tard, une dysurie extrême, et M. Lombard n'hésita pas à rapporter ces symptômes à un état morbide de la moelle épinière. Après avoir rapporté cette observation, les auteurs genévois citaient l'histoire d'une jeune fille qui

présenta, au début et dans le cours de la fièvre typhoïde, une douleur cervicale violente, s'irradiant dans les bras, de la rachialgie et des douleurs dans les membres inférieurs (voir obs. XIII, § 19); puis ils ajoutaient :

« Ces faits ayant été communiqués dans une société médicale, 3 cas semblables furent cités, l'un par un praticien de Genève, et les deux autres par le Dr Bertini, président de la Société médico-chirurgicale de Turin. Il y avait une identité parfaite entre les cas que nous avons signalés et ceux observés par les autres praticiens: Chez ces trois malades, les douleurs musculaires et rachidiennes avaient précédé de quelques jours l'apparition de la fièvre typhoïde. »

Suivent trois observations intitulées : 1° *Douleur à la nuque et engourdissement des bras pendant une fièvre typhoïde ;* 2° *Symptômes spinaux pendant une fièvre typhoïde ;* 3° *Fièvre typhoïde compliquée de symptômes qui paraissent dépendre d'une inflammation aiguë de la moelle, ou tout au moins des membranes qui enveloppent le cordon rachidien* (voir les observations IX, § 17, XXIX, § 40, et XXVI, § 35).

« Depuis que notre attention fut éveillée sur ce sujet, poursuivent MM. Lombard et Fauconnet, nous avons questionné avec soin la plupart des malades soumis à notre observation, et nous avons été vraiment étonnés de la fréquence des symptômes spinaux à divers degrés d'intensité et à différentes époques de la maladie. En effet, tantôt nous apprenions que la fièvre typhoïde avait été précédée pendant quelques jours par de vives douleurs à la nuque, qui avaient été combattues par des sangsues ou des vésicatoires, et plusieurs de nos malades portaient encore les traces de cette médication lors de leur entrée

dans l'hôpital ; tantôt l'on nous décrivait des douleurs aiguës dans les muscles de la région postérieure et latérale du cou ; tantôt l'on parlait de douleurs dorsales et lombaires, ou enfin d'engourdissement de la mâchoire, des bras ou des jambes. Le plus souvent ces symptômes se trouvaient notablement diminués lors de l'entrée des malades à l'hôpital, en sorte que nous en eussions complétement ignoré l'existence, si nos questions n'eussent pas été dirigées dans ce sens, ou si le traitement qu'ils avaient nécessité ne nous eût mis sur la voie de ces recherches. C'est probablement à la date de leur apparition, qui coïncide toujours avec le début de la fièvre typhoïde, aussi bien qu'à leur peu de durée chez la plupart des malades, que l'on doit attribuer le silence des auteurs les plus récents sur cet ordre de symptômes. et nous les eussions sans doute omis dans nos notes, sans les cas remarquables que nous avons cités plus haut. »

Dans la description générale qui clôt l'article, on trouve surtout signalés les symptômes suivants : 1° la céphalalgie occipitale et la douleur cervicale : « Nous les avons observées assez souvent, est-il dit, pour pouvoir les considérer comme devant entrer dans la description générale de la fièvre typhoïde ; » 2° la douleur occupant les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales, s'accompagnant dans certains cas d'une grande gêne de la respiration ; de douleurs suraiguës dans les flancs, à l'épigastre et dans les parties latérales du thorax ; d'engourdissement de la mâchoire et des bras ; 3° la douleur de la région dorso-lombaire de la moelle épinière, à laquelle s'associaient des douleurs dans divers points de l'abdomen, quelquefois à l'épigastre, à la vessie, avec dysurie, incontinence ou ré-

tention d'urine ; enfin surtout la paralysie, à divers degrés, des extrémités inférieures.

§ 5. — Le travail de MM. Lombard et Fauconnet eut peu de retentissement en France, où il souleva tout au plus quelques objections : « Il ne s'agit évidemment, disaient en 1846 les auteurs du *Compendium* (t. VIII, p. 241-242), chez les malades dont parlent les médecins de Genève, que de *complications tout à fait accidentelles*, et qui sont *si rares* qu'on ne peut les faire figurer parmi les symptômes de la fièvre typhoïde. Nous ne pensons même pas que l'on puisse les rattacher à une lésion matérielle de la moelle épinière (1). »

Il n'en fut pas de même en Allemagne. Le Dr Wallach, après avoir analysé le mémoire de MM. Lombard et Fauconnet, dans le *Canstatt's Jahresbericht* (t. IV, p. 157, 1844), ajoutait : « Il n'y a dans ces phénomènes rien qui puisse nous surprendre ; car nous ne pouvons concevoir le typhus (fièvre typhoïde), de même que toute fièvre quelque peu intense, sans une affection concomitante et prédominante de la moelle.... L'irritation spinale accompagnant le typhus n'est nullement une nouveauté.... C'est certes avec raison que les médecins genévois établissent un rapport entre la rachialgie et l'engourdissement, la roideur des extrémités, la paralysie de la vessie, la dysurie. »

On trouve mentionné dans le même compte rendu un

(1) Ailleurs (p. 230), les auteurs disent qu'on pourrait peut-être rapprocher cette forme de la forme arthritique de M. Bazin. Dans les deux observations qu'ils ont recueillies, il existait en même temps des phénomènes convulsifs insolites dans les formes ordinaires de la fièvre typhoïde (p. 209).

travail du Dr Kraemer (*Schleimfieber im Jahr*, 1842, *u.* 43; in *Med. Correspondenz blatt baierischer Aerzte*), qui signale également, parmi les phénomènes de la fièvre typhoïde, la douleur de la nuque et la rachialgie limitée à la partie supérieure de la colonne vertébrale, accompagnée de tension de quelques muscles de la nuque. Le Dr Kraemer rapprochait ces symptômes des paralysies, de la surdité et de l'aphonie qu'il a observées parfois à la suite de la fièvre typhoïde.

Voici encore quelques citations que j'emprunte au *Canstatt's Jahresbericht*. La première (t. IV, p. 142, 1843), malgré son obscurité, fera ressortir l'importance que l'on reconnaissait alors en Allemagne aux manifestations morbides de la moelle dans l'ensemble phénoménal de la fièvre typhoïde.

Il s'agit d'un travail du Dr Ilmoni, intitulé : *Einige Bemerkungen über die Formen der Nervenfieber*, etc (dans *Bericht über die Klinik der Universität zù Helsingfors*, Oppenheim's Zeitschrift, Bd. XXIII, p. 75).

« Ilmoni sépare les fièvres nerveuses cérébrales des fièvres nerveuses abdominales ; ces dernières lui ont offert des ulcérations intestinales. D'autre part, il distingue des fièvres nerveuses cérébrales les fièvres nerveuses cérébro-spinales que depuis bien des années on observe rarement à titre d'affection primitive. Un des caractères qui dénotent l'existence de l'affection de la moelle, c'est l'apparition, chez des sujets qui sont dans le *status nervosus*, des mouvements involontaires affectant principalement les extrémités inférieures. La plupart de ces sujets offraient des exacerbations fébriles dans la soirée, parfois avec délire, mais sans trace d'une affection inflammatoire. L'affection de la moelle paraît être plus fréquente, à titre de phénomène consensuel ou secondaire des fièvres nerveuses cérébrales ou abdominales, que sous la forme d'une fièvre nerveuse spinale, primitive ou essentielle, etc. »

Le Dr Seitz (*Der Typhus namentlich nach seinem Vorkommen in Bayern*, Erlangen, 1846, Enke) définissait en ces termes la pathogénie de la fièvre typhoïde : « Autant que l'état actuel de nos connaissances nous permet d'en juger, la fièvre typhoïde consiste essentiellement, dans la sphère vasculaire, en une exsudation amorphe, analogue à la fibrine ; et dans la sphère sensitive, en une affection plus ou moins prononcée du cerveau et de la moelle épinière (*Canstatt's Jahresb.*, 1846, t. IV, p. 85). »

En Angleterre, le Dr Ritchie se prononçait à peu près dans le même sens (Practical Remarks on the continued fevers of great Britain, in *Monthly journ. of medic. science*, oct. 1846. — *Canstatt, ibid*, p. 19).

Nous devons mentionner ensuite, comme se rattachant également à notre sujet, une leçon clinique sur la méningite rachidienne, professée en 1849 (27 février), par M. Piorry, à l'hôpital de la Pitié. M. Piorry signalait dans cette leçon deux cas de fièvre typhoïde qui se seraient compliqués de méningite rachidienne. Nous aurons à revenir plus loin sur ces faits (voir obs. XXV et XXVII, §§ 34 et 35).

Citons également un travail de M. Armitage qui attribue le relâchement des muscles volontaires et involontaires, la lenteur et la faiblesse des mouvements réflexes dans la fièvre typhoïde, à un état morbide de la moelle (*De l'Emploi de l'eau froide dans le traitement de quelques maladies aiguës et en particulier dans les fièvres typhoïdes*; in *Bulletin de thérapeutique*, octobre et novembre 1851), et une note de M. Eisenmann qui distingue les symptômes nerveux de la fièvre typhoïde en symptômes cérébraux et symptômes spinaux (*Canstatt's Jahresbericht*, 1852, t. IV, p. 171, *note*).

§ 6. — En 1851 et 1852, la ville de Calw, en Wurtemberg, fut désolée par une épidémie de fièvre typhoïde, extrêmement remarquable par la multiplicité des formes que revêtit la maladie. En traçant le tableau de cette épidémie (*Epidemie in Kalw; in Würtemberger Correspondenzblatt*, 1852, n. 31-35. *Canstatt's Jahresbericht*, 1852, t. IV, p. 368-372), le Dr Müller insistait entre autres sur les divers accidents d'origine spinale dont furent atteints un assez grand nombre de malades. On trouvera plus loin (§ 44) un résumé des faits exposés par M. Müller. Remarquons ici qu'ils furent considérés par M. Eisenmann comme représentant une sorte d'intermédiaire entre la fièvre typhoïde et la méningite cérébro-spinale, et que, comme on avait déjà assimilé cette dernière affection au typhus, même en France (v. Boudin, *Recherches sur les causes et la nature du typhus cérébro-spinal*, in *Archives générales*, t. II et III, 1849), M. Eisenmann finit par la fondre en une seule unité morbide avec le typhus abdominal qu'il réunissait d'ailleurs, d'autre part, au typhus pétéchial.

A côté de l'épidémie de Calw se rangent les épidémies qui ont régné à Cracovie pendant les années 1852-1855, et qui ont été relatées par le Dr Dietl (*Zur Diagnose und Therapie des Typhus*, in *Wiener Wochenschrift*, 1855, nos 44 à 50; *Canstatt's Jahresbericht*, 1855, t. IV, p. 206), et l'épidémie de Koenigsberg, en 1857, décrite par M. Hirsch (*Klinische Fragmente;* Koenigsberg, 1857). M. Dietl fait remarquer expressément qu'un certain nombre de malades présentaient, au début de la maladie, les signes d'une vive irritation spinale: hyperesthésie générale, contractures, secousses spasmodiques légères, et que la marche des accidents ne permit dans aucun cas de les rapporter à une méningite spinale. M. Hirsch, de son côté, dit

que chez quelques malades la moelle épinière était surtout affectée, et il cite comme symptômes de cette affection la rachialgie, les douleurs dans les extrémités, l'impossibilité de se mouvoir, et des accès de dyspnée analogues aux accès d'asthme.

Nous aurons à parler plus tard d'une épidémie qui régnait à la même époque (1857) à Plancher-les-Mines, et pendant laquelle M. Poulet, qui l'a décrite (*Union médicale*, 1857, n° 2-17), a remarqué quelques-uns des symptômes que nous avons déjà énumérés. Il nous suffit de la mentionner ici, M. Poulet ayant simplement exposé ces symptômes sans chercher à les interpréter.

Pour clore cette liste d'épidémies, il nous reste à dire un mot de celle qui a éclaté en décembre 1859 dans une verrerie à Fresnes, près de Condé (Nord), et dont M. le Dr Bourgogne a fait connaître les principaux traits dans un travail publié dans le *Journal de médecine de Bruxelles* (décembre 1860), sous ce titre : *Observations de fièvres typhoïdes compliquées de symptômes appartenant à une lésion de la moelle épinière*. Ces symptômes consistaient essentiellement en une paralysie des extrémités inférieures, accompagnée d'une exaltation des plus vives de la sensibilité cutanée, et il paraît ressortir du travail de M. Bourgogne, qu'il les rapportait à un état inflammatoire du cordon rachidien. Dans un cas, en outre, des troubles extrêmement graves des fonctions respiratoires se joignirent à ces accidents.

§ 7. — Quelques-uns des symptômes qui viennent d'être successivement passés en revue se trouvent mentionnés çà et là, d'une manière incidente, dans quelques ouvrages, dont on trouvera l'indication dans la suite de ce

travail, et qu'il n'y aurait point d'utilité à énumérer ici. Nous devons cependant une mention spéciale à l'article *Fièvre typhoïde,* inséré par le professeur Griesinger dans le *Manuel de pathologie*, rédigé par Virchow, et au chapitre que le professeur Wunderlich a consacré aux *typhus,* dans son *Handbuch der Pathologie und Therapie ;* 2e édition, 1852. On voit que la publication du livre de M. Wunderlich est antérieure aux derniers travaux que nous avons cités. Nous l'avons réservé pour la fin de ce chapitre, parce que c'est là que l'on trouve l'aperçu le plus général et le plus complet, avec celui qu'en ont donné MM. Lombard et Fauconnet, des accidents spinaux qui peuvent se manifester dans le cours de la fièvre typhoïde. M. Wunderlich s'est attaché spécialement à faire ressortir les apparences diverses que revêt la fièvre typhoïde, et il a établi à cet égard les trois catégories suivantes :

1° Variations de la marche de la fièvre typhoïde à la suite de certaines conditions individuelles de la constitution.

2° Formes de la maladie qui sont caractérisées par certaines particularités dans sa marche et dans son intensité.

3° Formes caractérisées par des phénomènes ou des processus morbides, prédominants ou insolites.

Dans cette dernière catégorie, M. Wunderlich range, à côté des formes bilieuse, muqueuse et pectorale, les *formes cérébrale* et *spinale*, entre lesquelles il s'efforce de répartir équitablement les principaux accidents assignés généralement, d'une manière plus ou moins vague, au système nerveux. Après avoir décrit ceux qui paraissent appartenir à l'encéphale, il résume en ces termes ce qui est relatif aux symptômes spinaux : « Dans les formes à prépondérance spinale, plus rares, on observe tantôt des mouvements associés ou automatiques plus ou moins énergiques, ou même des accès spasmodiques violents et durables; tantôt une incapacité de mouvoir les extrémités, voisine de la paralysie, accompagnée d'une distension

paralytique de la vessie et du rectum, et souvent suivie d'une paraplégie permanente, après la cessation des accidents aigus. Les cas de ce genre se rattachent par une transition insensible au typhus apoplectique et tétanique, et au typhus paralytique des Italiens, ainsi qu'à la méningite cérébro-rachidienne épidémique, et notamment aux variétés typhique et paralytique de cette maladie. »

Les travaux qui viennent d'être passés rapidement en revue, et auxquels des recherches bibliographiques plus étendues pourront sans doute en ajouter d'autres, ne m'étaient pas connus, lorsque, au mois de mars 1862, je me trouvai en présence d'une de ces formes décevantes de la fièvre typhoïde qui, à un premier examen, simulent, à s'y méprendre, une affection primitive des méninges rachidiennes. Une observation attentive me fit reconnaître bientôt que les symptômes qui m'avaient frappé n'étaient pas rares, à des degrés divers, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde. Mon savant maître, M. Barthez, dans le service duquel ces observations étaient faites, m'annonça bientôt qu'il rencontrait des faits analogues dans sa clientèle. Mon excellent collègue, M. Dubuc, en observait d'autres dans le service de M. Bouchut. J'eus enfin, peu de temps après, la bonne fortune d'en entretenir l'un des cliniciens les plus éminents que possède l'enseignement médical en France, M. le professeur Schutzenberger, de Strasbourg, qui m'apprit que lui aussi avait observé, à plusieurs reprises, divers symptômes spinaux dans la fièvre typhoïde, et qui mit obligeamment à ma disposition quelques observations où ils se trouvaient signalés.

Ce n'est qu'après avoir procédé à cette enquête en toute indépendance, et sans nulle idée arrêtée d'avance, que je fis les recherches bibliographiques dont le résultat vient d'être résumé ci-dessus.

CHAPITRE II.

Exposé analytique des symptômes.

§ 8. — La moelle épinière d'une part, le bulbe rachidien de l'autre, tel est le double point de départ des symptômes que nous allons exposer. Nous commençons par ceux qui appartiennent au cordon rachidien proprement dit, et qui comprennent les troubles morbides 1° de la sensibilité générale, 2° de la motilité.

PREMIÈRE DIVISION. — Symptômes spinaux proprement dits.

I. *Troubles de la sensibilité générale.*

Il peuvent être ramenés, suivant la formule classique, aux trois catégories de l'exaltatation, de la perversion et de l'amoindrissement ou de l'abolition de fonction.

A la première appartiennent l'hyperesthésie et les douleurs spontanées ; à la deuxième, les sensations de picotements, de fourmillements, etc., qui n'ont pas d'analogues dans l'ordre physiologique ; à la troisième, l'analgésie et l'anesthésie.

§ 9. *Hyperesthésie.* — Parmi ces troubles de la sensibilité générale, la susceptibilité anormale aux impressions douloureuses, l'hyperesthésie, est celui qui porte avec lui le cachet le plus évident de son origine spinale. C'est celui dont j'ai pu, pour mon compte, faire l'étude la plus suivie et la plus complète, et qui, bien plus que les douleurs spon-

tanées, se prête avec facilité à une appréciation objective précise.

Sans doute, l'hyperesthésie est variable dans l'étendue qu'elle occupe, dans son intensité, dans sa marche, dans sa durée, etc.; mais ces valeurs inconstantes n'en peuvent pas moins être ramenées, pour la majorité des cas, à quelques formules générales. C'est un avantage précieux et, disons-le de suite, il y a là quelque chose qui rapproche étroitement l'hyperesthésie des symptômes que l'on peut appeler normaux de la fièvre typhoïde ; ainsi des taches rosées lenticulaires, du catarrhe pulmonaire, de l'ensemble des phénomènes pyrétiques.

L'hyperesthésie, telle qu'elle se présente dans la fièvre typhoïde, se compose au moins de deux éléments qui se combinent habituellement dans des proportions variables, mais dont l'un tout au moins paraît exister assez frequemment indépendamment de l'autre. L'exaltation de la sensibilité peut siéger dans les nerfs du tégument externe, d'une part; dans ceux des muscles, d'un autre côté. Suivant MM. Bazin et Littré, Forget, elle apparaîtrait également, en compagnie des douleurs spontanées, dans les filets sensitifs des tissus articulaires, mais nous conservons à cet égard quelques doutes.

La distinction que nous établissons ici n'a pas été indiquée clairement par les auteurs qui ont décrit l'hyperesthésie parmi les symptômes de la fièvre thyphoïde, MM. Forget, Lombard et Fauconnet, Muller, [Dietl, Wunderlich, mais des observations répétées nous ont montré qu'elle est bien fondée.

Une autre division est encore nécessaire. Nous regardons comme un cas particulier de l'hyperesthésie cutanée la sensibilité anormale à la pression des apophyses épineuses,

qui accompagne volontiers l'hyperesthésie de la peau des extrémités et du tronc, et qui coïncide assez fréquemment, mais nullement toujours, avec la *rachialgie*, ou douleur spontanée de la région vertébrale. Cette *hyperesthésie spinale*, qui est ici ce qu'elle est dans l'irritation spinale et dans beaucoup d'affections de la moelle ou de ses enveloppes, a ses allures à elle et doit être envisagée à part, sauf à rechercher ensuite les rapports qu'elle affecte avec l'hyperesthésie des autres parties du tégument externe. Nous réserverons à celle-ci, pour plus de simplicité, le nom d'*hyperesthésie cutanée*.

§ 10. — *Hyperesthésie cutanée*. Celle-ci (1) occupe toujours un segment assez étendu de la peau des extrémités ou du tronc. On peut dire d'une façon générale, et nous n'avons jamais trouvé cette règle en défaut, que des cas les plus simples aux plus avancés, elle suit une marche régulièrement *ascendante*, et que lorsqu'une zone quelconque en est affectée, on la retrouve invariablement dans les parties situées *au-dessous*. C'est là une particularité d'une importance capitale, et qui avait cependant échappé aux médecins qui avaient parfaitement reconnu l'existence de l'hyperesthésie cutanée dans un certain nombre de faits.

Les extrémités inférieures peuvent être envahies seules. Plus souvent l'hyperesthésie occupe en même temps la

---

(1) Voir les observations I à VI, XII, XIII, XVI, XX, XXI à XXIV, XXXII; Wunderlich (*loc. cit.*, p. 317) (Lebert, *Handbuch der praktischen Heilkunde*, t. I, p. 137, 1re édit.), Griesinger (*loc. cit.*, p. 171), *Compendium de méd.* (t. VIII, p. 207), Diell, Bourgogne, Muller (*loc. cit.*). M. Bouchut a également observé l'hyperesthésie cutanée chez un certain nombre d'enfants atteints de fièvre typhoïde. (Communication orale à M. Dubuc.)

peau de l'abdomen dans une hauteur variable. L'observation suivante, la première que nous ayons recueillie, en donne une idée assez exacte.

OBSERVATION Ire. — *Fièvre typhoïde légère, douleur à la nuque, hyperesthésie cutanée, spinale et musculaire ; guérison rapide.* —Lecas (Zélie), âgée de 11 ans, entrée le 14 mars 1862 à l'hôpital Sainte-Eugénie (salle Sainte-Mathilde, lit n° 6, service de M. Barthez).

Renseignements donnés par les parents : n'a jamais été malade. Prise, il y a quinze jours, de mal de tête et d'une *douleur au cou*, puis de fièvre, de perte d'appétit et de courbature générale. La fièvre la prend tous les soirs vers les quatre heures et dure toute la nuit. L'enfant vomit tout ce qu'elle prend, le bouillon excepté. Diarrhée depuis le début, selles tout à fait liquides. Du 14 au 15, l'enfant a un vomissement bilieux, six selles jaunes, très-liquides ; un peu de délire dans la nuit.

État actuel, le 15 mars. Face animée, naturelle du reste, intelligente, n'exprimant ni stupeur ni abattement. L'intelligence est parfaitement nette ; l'enfant répond très-bien et vivement à toutes les questions. Elle se plaint de céphalalgie frontale, d'une *douleur à la nuque* et d'une soif vive ; peau très-chaude, pouls médiocrement fréquent, peu résistant ; langue chargée d'un enduit jaune épais ; ventre un peu élevé, sans tension, douloureux à la pression partout, mais surtout dans la fosse iliaque droite. *On provoque également une douleur très-vive en soulevant la peau de l'abdomen en pli, et en lui faisant subir alors une très-légère pression.* Taches rosées lenticulaires abondantes.

Les extrémités inférieures sont le siége d'un endolorissement extrême. Il suffit d'y exercer une pression même légère dans un point quelconque, pour que la malade s'en plaigne très-vivement. Cet endolorissement paraît d'ailleurs siéger en partie dans les muscles, car la pression est bien moins douloureuse dans les points où la peau recouvre directement les os, qu'au niveau des masses musculaires. On constate un *endolorissement semblable de toute la nuque. La pression exercée sur des apophyses épineuses, cervicales et dorsales, est également très-douloureuse. Les mouve-*

ments (soit actifs, soit passifs) d'extension et de rotation *de la tête sont un peu douloureux.* Les mouvements des extrémités inférieures sont d'ailleurs conservés intacts, et il n'y a aucune trace de contracture. Souffle doux au premier temps à la base du cœur et au cou. Râles sibilants très-nombreux dans les deux poumons en arrière. — Bain, cataplasme; bouillon.

Un peu de délire dans la nuit; persistance de la diarrhée; sommeil agité, souvent interrompu.

Le 16. L'intelligence est encore, ce matin, aussi nette qu'hier; mais la malade est un peu plus abattue; toujours de la céphalalgie frontale, langue humide; un peu moins de chaleur à la peau; pouls fréquent, mou; ventre élevé, à parois toujours sensibles à la pression. *Moins de sensibilité à la pression des apophyses épineuses dorsales ; encore un peu de sensibilité sous-occipitale ; mouvements de la tête encore douloureux.* Pas de changement dans l'état des extrémités inférieures; quelques râles sibilants. (Bain, cataplasme; eau de Sedlitz.) Le bain est bien supporté. Six garde-robes; délire pendant la nuit.

Le 17. Langue assez nette; toujours beaucoup de fièvre; céphalalgie. L'enfant a un peu pâli. Ventre un peu ballonné, mou; les anses intestinales semblent se dessiner à travers ses parois. Râles plus nombreux dans les poumons. Pas de changement dans les symptômes douloureux. Le pouls conserve encore assez de force. — Lotion froide, cataplasme, friction d'huile de camomille sur le ventre, deux lavements d'eau de chaux et de camomille; bouillon, eau vineuse.

La diarrhée continue, très-abondante; moins de délire pendant la nuit.

Le 18. Se plaint toujours de céphalalgie. *Les apophyses épineuses dorsales sont toujours sensibles à la pression; l'endolorissement des extrémités inférieures et du ventre tend à disparaître.* Un peu d'obscurité du bruit respiratoire. Peau un peu sèche, mais moins chaude; pouls très-petit. — Sirop de quinquina et de ratanhia, 30 gramm. de chaque; lavement *ut supra.*

Le 19. Beaucoup d'agitation, de délire; peau très-chaude, ventre un peu bosselé. — Bain.

Le 20. Un peu moins d'agitation après le bain. Deux garde-robes

pendant la nuit; elle dormit un peu; elle est plus affaissée ce matin; langue toujours humide; peau sèche, médiocrement chaude; pouls très-faible : ventre moins élevé, encore sensible. Râles sibilants et muqueux dans les deux poumons. En arrière, à la base, obscurité du bruit respiratoire, son tympanique. (30 ventouses sèches sur la poitrine; lavement *ut supra;* cataplasme avec huile de camomille; musc 0,10 gramm.) Quelques vomissements dans la soirée; pas de délire pendant la nuit; cinq ou six selles.

Le 21. Le pouls est un peu ralenti, il présente quelques irrégularités. Langue un peu sèche; la sensibilité du ventre a presque disparu. *Les extrémités inférieures ne sont plus endolories; encore un peu de sensibilité à la pression des apophyses épineuses.* Peau moins chaude et moins sèche; un peu moins de râles dans le poumon gauche. L'enfant pâlit beaucoup quand on la met sur son séant. Céphalalgie sus-occipitale. — Limonade magnésienne le matin. Le soir, julep avec musc, 0 gr 10, et extrait de quinquina, 2 gramm.; ventouses sèches.

Le 22. Plusieurs selles, pas de délire; a vomi son bouillon hier soir. Un peu de sommeil, un peu moins d'abattement. Lèvres encore sèches; langue humide, un peu blanche. *Encore un peu de sensibilité de la fosse iliaque droite, de l'épigastre et des apophyses épineuses.* Très-peu de râles dans le poumon gauche; râles muqueux et sibilants à droite; quelques nouvelles taches rosées à l'avant-bras gauche. — Extr. quinquina, 2 gramm; vin de Bagnols, bouillon, potage, œuf.

Le 23. Trois garde-robes; l'enfant ne délire plus; elle pâlit et maigrit. *Toujours un peu de sensibilité de la colonne vertébrale.* Moins de râles dans les poumons. — Même prescription.

Le 24. Encore cinq selles; apyrexie, peau moite; la respiration se rétablit bien; la sensibilité des apophyses épineuses a disparu. — Même prescription.

Le 25. Une seule selle; convalescence franche. A partir de ce jour, l'enfant se rétablit avec une grande rapidité, et, dès le 27 avril, elle peut se rendre à la maison de convalescence.

Ailleurs, ce ne sont plus seulement les extrémités infé-

rieures, le bassin et l'abdomen qui sont envahis. L'hyperesthésie s'est emparée également de la peau du thorax, du dos; puis enfin elle peut étendre son domaine jusqu'aux extrémités supérieures, au cou même; mais elle s'arrête toujours au-dessous du rebord de la mâchoire inférieure. Il y a là une série de transitions, de gradations successives dont on trouvera des exemples dans les observations que nous citerons plus loin, et dans celles qui suivent ci-après.

Obs. II. — *Fièvre typhoïde, hyperesthésie cutanée et spinale; guérison.* — Prochasson (Anatole), 11 ans, entré le 21 août 1862, à l'hôpital Sainte-Eugénie (salle Saint-Benjamin, lit n° 8), service de M. Barthez.

Renseignements. Bonne santé habituelle. Le 18 août, ils est pris de céphalalgie; deux vomissements de matières blanc jaunâtres; fièvre sans frisson, peau chaude, soif vive, deux ou trois selles liquides par jour; n'a rien mangé depuis trois jours. Du 20 au 22, la diarrhée continue, une épistaxis, un peu de délire, insomnie, rêvasseries.

État actuel, le 22. C'est un garçon blond, d'assez chétive apparence, d'un tempérament lymphatico-nerveux très-prononcé, à chairs molles et blanches; décubitus latéral droit, expression d'hébétude de la face; réponses lentes, languissantes, mais justes; langue collante, un peu d'enduit blanc sur les gencives. Il se plaint de douleurs dans le ventre et de céphalalgie frontale. La peau est très-chaude et sèche; le ventre est élevé, un peu tendu et très-sensible à la moindre pression, mais *cette sensibilité est à peu près exclusivement cutanée; il suffit d'appuyer légèrement le doigt sur un point quelconque du ventre ou de soulever la peau un peu pour que l'enfant manifeste par des grimaces et des gémissements une vive douleur qui n'augmente pas et peut-être diminue même un peu par une pression plus profonde et exercée sur une large surface. Cette hyperesthésie n'est d'ailleurs pas limitée à la peau de l'abdomen. On la retrouve tout aussi vive*

aux extrémités inférieures, au tronc, moins aux extrémités supérieures. Au tronc, elle est un peu plus marquée dans les espaces intercostaux qu'au niveau des côtes; mais cette différence est peu prononcée, et il est impossible de discerner les points douloureux de la névralgie intercostale. *Les apophyses épineuses, dans toute la hauteur du rachis, sont extrêmement sensibles à une pression même légère ; mais ici la douleur provoquée est d'autant plus intense que la pression exercée est plus énergique.* Le pouls est assez fréquent, peu résistant; soif vive, anorexie. Rien à l'auscultation. L'enfant est très-abattu, il lui est difficile de se tenir assis, et il se laisse tomber dans son lit plutôt qu'il ne se couche après l'examen du thorax. — Lotion vinaigrée; cataplasmes, lavement émollient; bouillon.

Le 23. *L'hyperesthésie a un peu diminué,* la langue est sèche; il n'y a, du reste, pas d'autre changement sensible dans l'état du malade. (Même prescription.) Une selle dans la journée; pas de délire.

Le 24. *L'hyperesthésie a complétement disparu, et c'est à peine si les apophyses épineuses sont encore un peu sensibles à la pression;* la peau n'est plus aussi chaude, et l'enfant est moins abattu. — Cataplasmes, lavement émollient.

Pas de selle du 24 au 25, pas de délire, insomnie.

Le 25. La céphalalgie a disparu, *il n'y a plus aucune trace d'hyperesthésie et de rachialgie;* peau moins chaude, pouls moins fréquent; ventre tendu, un peu sensible à droite à une pression profonde; plusieurs taches rosées lenticulaires. — Limonade magnésienne, 2 verres; cataplasmes; bouillon, eau vineuse.

Pas de selle du 25 au 26.

Le 26. La peau est encore chaude, mais un peu moite; pouls médiocrement fréquent, dépressible; langue dépouillée et sèche; ventre élevé, un peu sensible à la pression. L'enfant est toujours abattu, assoupi, moins cependant que les premiers jours. Quelques râles muqueux dans les poumons. (Huile de ricin, 15 grammes; catapl.) Une garde-robe seulement dans la soirée, insomnie, pas de délire.

Le 27. Pupilles dilatées; peau chaude, moite; pouls large, mais dépressible; langue humide; ventre encore élevé, tendu; quelques

nouvelles taches; même état pour le reste. L'hyperesthésie n'a pas reparu. — 2 verres d'eau de Sedlitz.

A partir du 28, amélioration progressive, convalescence franchement établie le 5 septembre.

Exeat le 15.

Obs. III. — *Fièvre typhoïde adynamique; gêne de la déglutition, douleurs dans les extrémités inférieures; hyperesthésie cutanée et spinale; pneumonie, surdité, affaiblissement de l'intelligence, incontinence d'urine. Guérison.* — Jeandeau (Marie), âgée de 10 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 22 mai 1862 (salle Sainte-Mathilde, lit n° 18, service de M. Barthez) (1).

Renseignements fournis par la mère. Père mort à 48 ans d'une fièvre typhoïde, vers le quinzième jour. Mère bien portante. Elle habite Paris depuis quatre ans, époque de la mort de son mari. Vers la même époque l'enfant garda le lit pendant une dizaine de jours pour une maladie caractérisée par de la toux, de la céphalalgie et des vomissements. Ces accidents furent attribués à des vers intestinaux. On administra le calomel et divers vermifuges. L'enfant ne rendit pas de vers, mais se rétablit bien. La mère remarqua seulement que depuis lors elle avait assez souvent de la diarrhée survenant toujours peu de temps après un repas. Elle ne peut pas donner de renseignements sur la nature de cette diarrhée qui était due probablement à une alimentation exagérée. En outre, depuis la mort de son père, la petite avait conservé une idée fixe bizarre : elle était sans cesse préoccupée de l'idée de retrouver son père, et plusieurs fois elle crut, sur la foi d'une ressemblance légère, à la réalisation de son rêve. Son intelligence était du reste bien développée, et sa santé générale bonne.

Il y a un an, elle passa deux mois au Havre. Elle y eut la coqueluche qui s'arrêta lors de son retour à Paris.

Le 3 mai, elle alla visiter Mme X......, qui était atteinte de fièvre

---

(1) Je n'ai observé cette malade que jusqu'au 2 juin; les notes postérieures à cette date ont été recueillies par M. Morot, externe du service.

typhoïde depuis le 19 avril. A la suite de l'émotion que lui causa l'aspect de la malade, elle vomit son dîner. C'était une indigestion, dit sa mère. Le lendemain, l'enfant était entièrement rétablie, et, pendant quatre jours, on ne remarqua pas le moindre trouble dans sa santé.

Le 6 mai, Mme Jeandeau s'installa auprès de Mme X..... pour lui donner des soins. Elle emmena son enfant, et la même chambre abrita les trois personnes pendant la nuit et pendant une partie de la journée.

Dès le lendemain ou le surlendemain (7 ou 8 mai), l'appétit de l'enfant commençait à diminuer. Elle était triste et fatiguée.

Dans la journée du 16 mai, on fut obligé de l'aliter et, dans la soirée, elle fut prise d'une fièvre violente qui a persisté depuis, avec des exacerbations nocturnes très-prononcées.

Le même jour, l'enfant se plaignait d'une *gêne de la déglutition* qui avait disparu le lendemain. Depuis le 16, céphalalgie frontale et anorexie complète; *douleurs dans les extrémités inférieures* et dans l'abdomen, quelques épistaxis peu abondantes. Un vomissement glaireux le 20 et le 21. Un peu de délire le 21 seulement. Il n'est guère possible de savoir s'il y avait de la diarrhée, puisque la mère administrait tous les jours deux ou trois lavements. Toutefois elle dit que les matières rendues avec les lavements étaient jaunes et fétides.

État actuel. Décubitus dorsal; face un peu pâle, exprimant l'abattement et la lassitude, sans stupeur. Lèvres sèches; un peu d'enduit blanc sur les gencives; langue chargée d'un enduit épais, blanc-jaunâtre. Abdomen un peu ballonné, semé d'une dizaine de taches rosées, récentes, très-bien caractérisées; pas de chaleur anormale de la peau; pouls un peu accéléré, assez large, facilement dépressible.

Intelligence complétement lucide; à peine un peu de lenteur dans les réponses, qui sont très-nettes et précises; céphalalgie frontale. L'enfant se plaint en outre d'une grande fatigue et de *douleurs* dans l'abdomen et *dans les jambes.*

L'abattement des forces musculaires est considérable; l'enfant ne peut faire un pas et elle peut à peine se tenir assise pendant quelques instants dans son lit.

Presque toute la surface du corps, à l'exception seulement de la face, est le siége d'une hyperesthésie très-vive, surtout prononcée aux extrémités inférieures, le long du rachis et dans le dos; la moindre pression provoque des plaintes très-vives; l'hyperesthésie paraît siéger surtout, sinon exclusivement, dans la peau, car la pression est tout aussi douloureuse au niveau des plans osseux que sur les masses musculaires. *Les mouvements de la tête sur la colonne vertébrale sont douloureux.* A l'abdomen, l'hyperesthésie cutanée ne permet pas d'explorer la sensibilité des parties profondes avec quelque certitude.

L'enfant reste assoupie; nuit calme, pas de délire, pas de vomissements, pas de selles.

Le 23 mai, elle prend un peu de bouillon avant la visite : pouls un peu dicrote, ventre souple; quelques râles sibilants à gauche. L'enfant a moins de peine à se tenir sur son séant, et *l'hyperesthésie paraît avoir généralement diminué un peu.* Rien de changé dans les autres symptômes; pas de symptômes nouveaux. — Potage, jaune d'œuf, vin, extrait de quinquina, 1 gramme.

L'enfant vomit son potage dans la journée et a trois selles liquides, jaunes, fétides; pas d'exacerbation fébrile le soir; nuit calme, pas de délire; trois selles.

Le 24, au matin, l'enfant vomit son bouillon. A la visite, elle a beaucoup plus de fièvre que la veille; la peau est très-chaude, le pouls très-fréquent, le ventre plus tendu, et *l'hyperesthésie bien plus vive qu'hier.* La langue se dépouille un peu de son enduit à la pointe. Pour le reste, même état. — 1 verre de limonade magnésienne en deux fois; 2 lavements émollients, cataplasmes; bouillon froid.

Plusieurs selles après l'administration du purgatif; quelques vomissements dans la journée. L'enfant refuse de se nourrir, elle n'accepte même pas le bouillon; elle ne prend que de l'eau vineuse. A la visite du soir, je la trouve beaucoup plus assoupie; elle dort continuellement: on a beaucoup de peine à la réveiller, et ses réponses sont extrêmement lentes et écourtées. — Sinapismes aux extrémités.

Dans la nuit, plusieurs selles, pas de vomissements.

Le 25. Peau très-chaude; pouls très-fréquent, petit; assoupisse-

ment; langue sèche au milieu, un peu de surdité, ventre moins tendu; *persistance de l'hyperesthésie et de la rachialgie;* râles sibilants et muqueux nombreux dans les deux poumons.— Limonade vineuse; 15 ventouses sèches sur la poitrine, cataplasmes, lavement émollient; bouillon froid, vin.

Le 26. Moins d'abattement, encore de la diarrhée, chaleur brûlante, pouls fréquent, langue très-sèche, toux de temps en temps; quelques râles, surtout dans le poumon gauche. — Cataplasmes, bain. On supprime le vin et la limonade vineuse.

Le bain est bien supporté; l'enfant est encore très-assoupie le soir, et la peau est très-chaude.

Du 26 au 27, six selles liquides, jaunes, fétides. L'enfant dort assez bien; pas de délire pendant la nuit.

Le 27. Pouls moins fréquent, assez résistant; chaleur modérée de la peau; langue chargée, un peu collante, épaisse, rouge à la pointe; ventre gros, chaud, mais moins qu'hier, rénitent et sensible, surtout à droite; taches lenticulaires nombreuses, d'une couleur un peu violacée. L'enfant pâlit visiblement quand on la met sur son séant; respiration obscure partout, mais surtout dans le poumon droit: râles sibilants partout après la toux; par moments, un peu de strabisme convergent à droite; affaiblissement de l'ouïe. *L'hyperesthésie et la rachialgie persistent au même degré.* — Huile de ricin, 15 grammes; onctions camphrées sur le ventre, 2 lavements d'eau de chaux et de camomille; potion avec 0 gr. 02 d'extrait de belladone; bouillons.

Du 27 au 28, sept ou huit selles; l'enfant a pris un peu de bouillon.

Le 28. Moins d'assoupissement; peau un peu chaude au ventre, qui est souple, non douloureux. *L'hyperesthésie persiste aux extrémités inférieures;* langue encore sèche, moins de surdité, teint plus naturel. — Même prescription, sauf l'huile de ricin.

Du 28 au 29, quatre selles liquides; le bouillon est accepté avec assez de plaisir.

Le 29. Moins d'abattement; la langue commence à s'humecter; peau fraîche, pouls toujours un peu fréquent; les taches persistent. *Un peu d'hyperesthésie de la peau du ventre; elle persiste aux*

extrémités inférieures. La sensibilité à la pression des apophyses épineuses a beaucoup diminué; quelques râles dans le poumon gauche surtout. — Même prescription; extrait de quinquina, 2 grammes.

Dans l'après-midi, l'enfant a, au dire de l'infirmière, du frisson, un tremblement général, des nausées, quelques vomissements. Le soir, la peau est très-chaude; pendant la nuit, beaucoup d'agitation, délire.

Du 29 au 30, sept ou huit selles jaunâtres; l'enfant retient moins bien ses lavements.

Le 30. Fièvre assez intense, peau chaude et sèche, teint grisâtre, langue sèche; pouls misérable, tremblotant. L'enfant boit beaucoup; ventre chaud, tendu, rénitent, douloureux dans la fosse iliaque. *Hyperesthésie plus vive qu'hier* (dans les mêmes points). — On supprime l'extrait de quinquina; bain. Même prescription pour le reste. Le lavement est bien supporté.

Du 30 mai au 1er juin, cinq ou six garde-robes; pas de vomissements, fièvre très-vive le soir; sommeil agité, sans délire.

1er juin. L'enfant est très-abattue; teint jaunâtre, peau chaude, pouls fréquent, assez petit; langue sèche. *Persistance de l'hyperesthésie.* L'enfant tousse un peu, elle se tient assez bien assise; respiration très-obscure partout, quelques râles muqueux et sous-crépitants; les pupilles ne sont pas dilatées. — Extrait de belladone, 0 gr. 03; frictions d'huile camphrée sur le ventre, lavement émollient.

Le soir, l'enfant est extrêmement agitée et *l'hyperesthésie a de nouveau augmenté.* L'enfant vomit ses boissons, elle est plus calme pendant la nuit; moins de garde-robes.

Le 2. Teint grisâtre, pâle; langue collante, couverte d'un enduit grisâtre; ventre chaud, tendu, douloureux; pouls fréquent, tremblotant; toux, respiration haute, râles muqueux partout; à la base du poumon droit, respiration bronchique, diminution de son à ce niveau. — Bain de quelques minutes, catapl., lavements *ut supra;* lait de poule.

L'enfant est calme après le bain; elle prend deux laits de poule. Vomissement le soir, trois garde-robes.

Le 3. Très-affaissée; ventre tendu, chaud; langue humide, blanche. (Onctions de pommade belladonée sur le ventre; limonade vineuse; lavements *ut supra.*) Deux garde-robes après les lavements; prend un lait de poule avec plaisir.

Le 4. Moins agitée; face plus naturelle, moins pâle; pouls moins fréquent; ventre plus souple, moins chaud; langue sèche, humide seulement dans quelques points. — Catapl.; limonade vineuse.

Le soir, beaucoup de fièvre, un peu de délire; l'enfant a très-peu mangé; une seule garde-robe un peu diarrhéique.

Le 5. Assez affaissée, pâle; langue collante, couverte d'un enduit muqueux, filant; respiration un peu gênée, quelques râles à l'auscultation; peu de fièvre; la peau n'est pas trop chaude, ventre souple. — Extrait de quinquina, 2 gr.; vin, alimentation.

L'enfant mange peu. Le soir, peau très-brûlante, ventre très-chaud; transpire peu; délire, affaissement; face très-pâle, un peu jaunâtre. Toujours très-endormie, ne demande pas à boire; une seule garde-robe diarrhéique.

Le 6. Peau douce, lèvres appliquées contre les mâchoires, dents croûteuses; langue couverte d'un enduit filant, épais; ventre plat, douloureux; *toujours de l'hyperesthésie.* Sur le pourtour de l'anus, ulcération, sorte de fissure à fond grisâtre, suite de la piqûre de sangsues qui ont été appliquées avant son entrée. Ne prend que du bouillon, du lait, du vin, du lait de poule; elle aurait des redoublements de fièvre vers trois heures de l'après-midi. — Sulfate de quinine, 0 gr. 30, à repéter le soir ou le matin; extrait de quinquina.

Le 7. Très-pâle, se dit aller mieux; pas de fièvre; elle a mangé un œuf. Deux garde-robes diarrhéiques; langue très-chargée. A vomi hier le sulfate de quinine; on n'en a pas donné ce matin. Le ventre n'est pas gros, sensible. Plus éveillée. — Infusion de café, 100 gr.

Le 8. Pas de diarrhée; subdélirium; a mangé un œuf. Somnolence; ventre plus petit, moins chaud; langue humide, pâle, pas trop chargée; la peau et le pouls sont bons; tousse encore un peu; diminution de son et souffle à la base du poumon droit. — Sinapismes *ibid.*

Le 9. Très-pâle, tousse beaucoup; délire cette nuit, mains froides; pouls un peu faible, tremblotant, comme ondulant; physionomie ex-

primant la souffrance. *La sensibilité est revenue.* Pas de respiration bronchique, un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire. — Bain; empêcher le refroidissement des extrémités et le décubitus sur le côté droit.

Le 10. Peu de fièvre hier soir, sommeil très-léger; langue couverte d'un enduit épais; peau douce, pouls médiocrement fréquent; pousse des plaintes lorsqu'on la met sur son séant; matité et respiration bronchique à la base du poumon droit; mange assez bien. — Sinapismes.

Le 11. *Toujours de l'hyperesthésie;* tousse moins; un peu plus gaie; mange assez bien.

Le 12. Crie beaucoup la nuit, tousse encore beaucoup; pas de fièvre; elle fait encore dans son lit. *Toujours un peu d'hyperesthésie,* beaucoup de surdité. — Les notes qui ont été prises pendant mon absence s'arrêtent là; l'enfant sortit le 2 juillet. On avait remarqué que son intelligence était restée très-affaiblie; elle conserva en outre une incontinence nocturne d'urine pour laquelle elle rentra plus tard à l'hôpital, pour n'y rester d'ailleurs que peu de jours; l'altération de l'intelligence avait complétement disparu à cette époque. J'ai rencontré par hasard cette enfant au mois de septembre 1863; elle me raconta qu'elle était débarrassée depuis longtemps de son incontinence d'urine.

Obs. IV (communiquée par M. Dubuc). — *Fièvre typhoïde adynamique: hyperesthésie cutanée et spinale. Guérison.*— Saggau (Marie-Louise), 9 ans, entrée le 20 mai 1862 à l'hôpital Sainte-Eugénie (service de M. Bouchut, salle Sainte-Marguerite, lit n° 10).

Renseignements. Depuis cinq jours, l'enfant a la diarrhée et se plaint de mal de ventre; pas d'épistaxis. Sa mère a encore la fièvre typhoïde, et son frère vient de mourir de la même maladie.

État actuel. Prostration très-prononcée, douleurs de tête, pas de sommeil; langue blanche, sèche; ventre tuméfié, douloureux à la pression, sans gargouillement ni taches; diarrhée; pouls à 136, peau très-chaude, râles ronflants et muqueux disséminés dans les deux côtés de la poitrine.

Le 21. Même état; agitation nocturne, insomnie, délire; peau

très-chaude, pouls à 140; ventre un peu ballonné, sans gargouillement; douleurs très-vives dans la fosse iliaque droite. *La peau de l'abdomen et celle des membres inférieurs sont le siége d'une hyperesthésie très-prononcée à une pression légère; aux membres supérieurs, la sensibilité cutanée est très-vive, mais à un moindre degré que dans les régions précédentes. La pression au niveau des apophyses dorsales et lombaires paraît faire éprouver une douleur assez marquée à l'enfant.* — Émétique, 0 gr. 025.

Le 22. Quelques vomissements hier, un peu de diarrhée; l'état est le même et il y a un peu de délire. — Bain; sulfate de soude, 30 grammes.

Le 24. Diarrhée abondante, selles involontaires; ventre un peu tendu, ballonné, sans gargouillement ni taches; assoupissement, subdélirium; pas d'épistaxis; pouls à 136. *L'hyperesthésie cutanée est toujours aussi marquée.*

Le 25. Deux garde-robes liquides, peu abondantes; pouls à 136; même état de subdélirium et d'assoupissement. — Bain.

Le 26. Deux garde-robes abondantes; ventre tendu, ballonné; trois taches lenticulaires; même état de stupeur et de prostration sans délire; lèvres fuligineuses, sèches; l'enfant boit souvent, mais ne demande jamais à manger; toux grasse, respiration haute et fréquente, bonne résonnance du thorax, râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine. *La peau est chaude et partout le siége d'une hyperesthésie très-prononcée; on ne peut pas toucher l'enfant sans lui faire pousser des cris;* pouls à 132. — Bouillon avec semoule, eau rougie.

Le 27, même état.

Le 31. Trois garde-robes; ventre souple, un peu moins douloureux, sans gargouillement ni taches; l'assoupissement et le délire sont moindres; il y a toujours un peu de toux; peau chaude, pouls à 120.

1er juin. Trois garde-robes; moins d'assoupissement et de délire; il se fait un peu d'œdème au visage; pouls à 108.

Le 2. Deux garde-robes; pouls à 100, adynamie très-marquée.

Le 3. Deux garde-robes, moins d'agitation; pouls à 100.

Le 4. Deux garde-robes liquides ; ventre un peu tendu, non douloureux, sans gargouillement ; l'enfant est moins abattue et n'a pas de somnolence ; toux grasse, peu fréquente ; râles sibilants dans les deux poumons ; pouls à 112. — Potages, vin ; bain.

Le 5. Pouls à 88 ; *la sensibilité cutanée est encore assez vive sur les membres inférieurs ;* amélioration notable.

Le 25 juin, l'enfant sort complétement guérie.

Obs. V. — *Fièvre typhoïde ataxique, hyperesthésie cutanée et spinale, diphthérie maligne ; mort.* — Schwartz (Caroline), 5 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 30 avril 1862 (salle Sainte-Mathilde, n° 10, service de M. Barthez). Depuis quinze jours on a remarqué un peu de lenteur de l'intelligence. Depuis le 22, diarrhée fétide, vomissements. Délire le 22 et le 29. Pas de convulsions. Le 30 avril, l'enfant est agitée, pousse des cris perçants à notre approche et pendant toute la durée de l'examen, puis retombe dans une légère stupeur. Face pâle, langue très-chargée ; la peau n'est pas chaude ; pouls accéléré, assez dépressible ; un peu dicrote ; pupilles égales, contractées ; pas de strabisme, ventre très-élevé, tendu ; éruption abondante de taches rosées, un peu de toux ; rien à l'auscultation. *La peau de tout le corps, à l'exception de la face, est le siége d'une hyperesthésie très-vive. La moindre pression ne provoque pas seulement des cris, mais encore des grimaces dénotant manifestement une vive souffrance. Sensibilité très-vive des apophyses épineuses.* (Bain.) État stationnaire le 1er mai. *La sensibilité des apophyses épineuses et l'hyperesthésie commencèrent à s'effacer dès le lendemain.* La marche ultérieure de la maladie fut d'abord celle d'une fièvre ataxique de médiocre gravité. Défervescence évidente du 5 au 7 mai, puis retour de la diarrhée et des vomissements. État hésitant jusqu'au 18. Puis, pendant trois jours, amélioration évidente. Le 22 mai, début d'une diphthérie maligne terminée par la mort le 27.

A l'*autopsie*, les plaques sont presque toutes réparées ; deux ou trois seulement présentent encore des traces d'ulcération.

A quelque hauteur que s'arrête l'hyperesthésie, sa limite supérieure est généralement marquée par une ligne

assez régulière, se rapprochant plus ou moins de l'horizontale, surtout au ventre, s'inclinant ordinairement d'arrière en avant et de haut en bas au thorax, sans suivre toutefois exactement la ligne des espaces intercostaux. Cette limite est ordinairement tranchée et facile à déterminer.

Lorsque l'hyperesthésie règne dans une étendue considérable, il est de règle qu'elle s'offre avec le plus d'intensité dans les extrémités inférieures et à l'abdomen, et qu'elle s'atténue progressivement en remontant au tronc et surtout aux extrémités supérieures. La dégradation se fait insensiblement, et la différence n'est bien évidente que lorsqu'on examine comparativement des points assez distants les uns des autres. Il y a dans cette dégradation ascendante chez un sujet donné quelque chose de tout à fait analogue à la loi que nous signalions tout à l'heure au sujet de la distribution de l'hyperesthésie, considérée successivement dans une série de faits individuels différents.

A part cette variation régulière, l'hyperesthésie nous a toujours paru uniformément répandue sur une surface assez étendue, et nous n'avons jamais rencontré de foyers plus spécialement douloureux à la pression, quoique nous les ayons recherchés au point de vue surtout des points névralgiques, et notamment dans les espaces intescostaux.

§ 11. — Le degré de l'hyperesthésie, envisagé soit chez des sujets différents, soit, à des époques diverses, chez le même individu, est fort variable. Le contact le plus doux de la main, un frôlement tout à fait superficiel suffit parfois pour provoquer une vive douleur. Chez l'une

de nos malades, il suffisait de glisser très-légèrement l'ongle sur la peau de l'abdomen pour provoquer des cris et des pleurs. Plus d'une fois aussi, nous avons vu le simple contact de l'oreille, pendant l'auscultation, faire naître une souffrance excessive. Ces cas extrêmes sont les plus rares. Le plus souvent cependant il suffit, pour produire une impression très-douloureuse, de soulever un pli de la peau et de lui faire subir une pression très-faible, ou d'exercer une pression analogue avec la pulpe d'un doigt sur la peau, surtout dans les régions où elle repose, à peu près sans intermédiaire, sur un plan osseux, à la face interne du tibia, au niveau des malléoles, des condyles fémoraux. Ajoutons que la douleur provoquée paraît être parfois beaucoup plus vive lorsqu'on n'agit que sur un point très-limité, que si l'on exerce une pression uniforme sur une large surface, avec la paume de la main, par exemple. Il est d'ailleurs toujours facile de s'assurer exactement du degré de la sensibilité morbide, en explorant, par les mêmes procédés, la peau du visage ou des provinces indemnes du tégument externe.

Lorsque l'hyperesthésie est portée à ses limites extrêmes, le poids des couvertures paraît suffire quelquefois pour infliger aux malades une sensation extrêmement pénible, et les mouvements un peu étendus des extrémités produisent un effet semblable, sans doute par les frottements auxquels ils donnent lieu, et peut être aussi en tendant la peau au devant des jointures. Il en résulte parfois, chez les très-jeunes enfants, une irritation et une agitation extrêmes; la douleur que leur cause l'exploration la plus ménagée se grave vite dans leur souvenir, et l'approche du médecin devient alors le signal de cris, de pleurs, d'un véritable tumulte. L'enfant cherche à s'échapper, et le

calme ne se rétablit que lorsqu'on a quitté le lit du petit patient.

Les cas de ce genre sont exceptionnels, et, si l'hyperesthésie s'accompagne parfois de douleurs spontanées assez vives, le plus souvent les malades s'en rendent peu compte. C'est un symptôme bien plus objectif que subjectif, et si on ne le recherche pas, on le laissera passer inaperçu dans bien des cas où il existe, ou bien, si l'on n'explore pas l'enveloppe cutanée dans toute son étendue, l'hyperesthésie pourra paraître beaucoup plus limitée qu'elle n'est en réalité. Je suis assez disposé à penser qu'il en a été ainsi dans les observations suivantes, dont je dois la communication à l'obligeance de M. le professeur Schutzenberger, et dans lesquelles on n'avait nullement pour but d'étudier spécialement le symptôme en question. J'ajouterai que ces observations sont recueillies par l'interne du service pendant la visite du professeur, ce qui explique suffisamment les lacunes qu'elles peuvent présenter, surtout pour ce qui est d'un symptôme sur lequel l'attention n'est pas particulièrement fixée.

Obs. VI.—*Fièvre typhoïde ataxo-adynamique, hyperesthésie cutanée ; guérison.* — Guss (Marie), 38 ans, servante d'hôpital, entrée le 25 décembre à la Clinique médicale de la Faculté de Strasbourg (salle 48, lit n° 25, service de M. le professeur Schutzenberger). Femme d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle a donné des soins assidus aux trois typhoïdes de la salle ; elle éprouve du malaise, de la céphalalgie, de la courbature avec perte d'appétit depuis une quinzaine, mais elle a continué son travail jusqu'aujourd'hui ; elle s'est bornée à prendre une potion de manne et de rhubarbe.

Face congestionnée, agitée par de petits mouvements spasmodiques, exprimant l'abattement, la stupeur. Lèvres sèches, langue pointue, très-rouge sur les bords; ventre un peu élevé, sans taches ro-

sécs, *très-douloureux. La douleur est cutanée et s'irradie au loin.* Plusieurs selles liquides la nuit dernière. Respiration suspirieuse *Peau de la poitrine très-sensible.* Rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion. Fièvre intense.

Le 30. La malade est à peu près dans le même état; la fièvre est toujours très-forte. Hier soir, la température était à 40° ; pas de délire pendant la nuit.

Le 31. La malade a eu une selle liquide dans la nuit. Elle a un peu déliré. Peau chaude (38°,5); pouls 108, dépressible et peu développé; plusieurs frissons dans la nuit, agitation, rêvasseries, face vultueuse, mais moins abattue. La malade répond, entend mieux qu'hier. Lèvres sèches, langue rouge, collante; ventre sensible. — 2 demi-lavements graine de lin.

2 janvier. La fièvre est tombée, la langue se nettoie, *la douleur abdominale a disparu.* Cinq selles liquides dans la nuit.

Le 3. Fièvre intense, température à 41°, physionomie abattue, langue rouge et sèche, ventre médiocrement ballonné, couvert, ainsi que la poitrine, de nombreuses taches rosées. Cinq ou six selles dans la nuit. — Lavement avec 0 gr. 70 de sulfate de quinine.

Le 4. Délire violent, grande agitation la nuit dernière, température, 40° ; pouls fréquent, langue sèche, brûlée ; deux selles dans la nuit. — 2 demi-lavements graine de lin, fomentations froides.

Le 6. Hier soir, délire; aujourd'hui, somnolence profonde, température, 40°, langue rouge, mais plus sèche; quatre selles dans la nuit.

Le 7. État de stupeur, d'affaissement; agitation pendant la nuit; pas de selles, température, hier soir, 41° ; ce matin, 39°. — Lotions froides, limonade tartrique.

Le 8. Pas de selles, ventre souple, presque indolore ; température, 40° et 39°.

Le 9. La malade a été lotionnée cinq fois la nuit dernière. La langue est plus humide, le ventre non ballonné; pas de selles depuis hier. — Lavement simple.

Le 10. Ce matin, fièvre intense (40°); physionomie abattue, constipation. — Lavement apéritif.

Le 11. A notablement maigri; température, 41° hier soir, 38°

ce matin ; langue sale, ventre souple, bronchite; trois selles dans la nuit.

Le 15. Depuis plusieurs jours, la fièvre augmente notablement le soir ; la malade transpire beaucoup, elle tousse; le ventre est souple, constipation depuis avant hier. — Lavement apéritif, puis lavement avec 0 gr. 40 de sulfate de quinine.

Le 16. Encore de l'abattement, maigreur notable; quelques râles sibilants et ronflants dans le poumon; toux fréquente. — Même prescription et décoction de quinquina $^{5}/_{120}$.

Le 18. La malade va bien, elle est éveillée, la langue n'est plus rouge, la fièvre a disparu. — Même prescription.

Le 20. En convalescence.

Obs. VII. — *Fièvre typhoïde ataxique, hyperesthésie cutanée, hyperesthésie spinale, rétention d'urine : guérison.* — Ott (Wilhelmine), 17 ans, entrée, le 26 février 1861, à la Clinique médicale de Strasbourg (salle 48, lit n° 11), service de M. le professeur Schutzenberger.

Constitution bonne, tempérament lymphatique; réglée depuis un an, menstruation toujours bonne et régulière; elle n'a jamais été malade antérieurement.

Le samedi 9 février, s'étant refroidie, elle fut prise, le soir, de frissons répétés, de maux de tête. Le lendemain, elle garda le lit, ainsi que les jours suivants. Aux frissons et à la céphalalgie se joignirent des vertiges, et, les jours suivants, elle eut des épistaxis assez abondantes; en même temps survint la diarrhée, qui a persisté jusqu'à ce moment; enfin, depuis une huitaine de jours, elle a de l'insomnie, ses nuits sont agitées, et souvent elle délire.

État actuel, le 27. Teint pâle, anémique, avec légère coloration rosée des joues; figure anxieuse et souffrante, peau chaude (39°); pouls petit, vif, onduleux, à 120 ; langue blanche, humide; lèvres fuligineuses.

La malade est très-agitée, elle gémit continuellement et pousse souvent des cris très-aigus; pas de taches rosées; abdomen assez souple, mais très-sensible à la pression dans la fosse iliaque droite; pas d'appétit, beaucoup de soif; une ou deux selles liquides dans la

journée, *grande sensibilité des parois thoraciques.* La malade tousse un peu; expectoration difficile de crachats muqueux, quelques râles sibilants et muqueux en arrière; la chaleur et la fréquence du pouls sont plus marquées le soir, ainsi que l'agitation et les cris. — Sulfate de quinine, 0 gr. 20; onctions grasses sur la poitrine, demi-lavement graine de lin matin et soir; limonade citrique, lait, bouillon.

1er mars. Grand état d'agitation et d'anxiété. La nuit, elle a crié continuellement et voulait sortir du lit. Elle ne répond pas aux questions. Le ventre est sensible dans la fosse iliaque droite; on y constate du gargouillement. Le pouls est onduleux et mou; la figure présente un teint légèrement plombé autour des yeux, rouge vers les joues. — 4 pilules de sulfate de quinine, limonade citrique; bain; infusion de tilleul, lait, bouillon.

Le 2. Elle a crié toute la nuit, n'ayant que quelques intervalles de calme; cris anxieux, s'accompagnant de beaucoup d'agitation; température de la peau à 39°; pouls onduleux, à 108; lèvres sèches, fuligineuses; langue large, humide; ventre ballonné, large, peu sensible; toux assez fréquente, quelques râles sibilants en avant; *en soulevant la malade, on lui arrache des cris aigus, comme indiquant des douleurs rachidiennes;* en arrière, bruit vésiculaire indistinct. Le bain n'a produit qu'un soulagement momentané. — Musc, 1 gramme; bain tiède prolongé; lavement émollient; solution de gomme, lait, bouillon.

Le 4. Le musc n'a commencé à produire son effet qu'hier dans la journée. Cette nuit a été plus calme, la malade a un peu dormi; elle crie moins, la figure est moins anxieuse; les réponses, quoique lentes, sont assez justes; langue rouge, humide; ventre souple, indolent; peau encore chaude; pouls fréquent, mais plus résistant, à 100; on ne constate pas de taches rosées sur le ventre, la diarrhée persiste. Hier, quatre selles involontaires. — Même prescription.

Le 5. La face est calme, l'agitation est tombée, la malade a dormi cette nuit; elle a éprouvé une amélioration momentanée après le bain, cependant le délire n'a pas encore disparu; la température est encore à 39°; pouls petit, vif, à 120; la langue est collante, mais moins sèche: les joues sont bleuâtres; la malade tousse davantage;

rien à la percussion ; le bruit vésiculaire est faible; ventre souple, sensible dans la fosse iliaque droite; taches rosées sur la poitrine et le ventre. — Musc, *ut supra;* 8 ventouses sèches; aliments, *ut supra.*

Le 6. La malade devient plus calme, mais elle parle encore beaucoup, sans délire véritable ; paroles incohérentes et interrompues ; elle tousse encore beaucoup ; une seule selle hier.—Musc, 0 gr. 50 ; eau gazeuse, mêmes aliments.

Le 7. Le teint est toujours encore bleuâtre; le pouls fréquent, petit, onduleux, à 128 ; deux petites selles volontaires hier; il n'y a plus d'anxiété de la face ; la malade est calme et dort la nuit ; le ventre est souple et indolent, la toux moins fréquente. — Musc, 0 gr. 30 ; eau gazeuse, solution gommée.

Il y a ici une lacune de trois jours dans l'observation, qui reprend, le 11, en ces termes : Moins de délire, ventre indolent, pas de diarrhée ; fièvre et agitation le soir; température à peu près normale ; pouls petit, peu fréquent ; langue meilleure, lèvres moins sèches, plus de fuliginosités aux dents. — Musc, 0 gr. 25 ; lavement émollient ; eau gazeuse, bouillon, lait.

Le 12. La malade commence à maigrir et à pâlir ; elle est plus calme, ne délire plus ; le ventre est un peu plus élevé, pas de selles depuis deux jours.—On supprime le musc ; lavement émollient ; eau gazeuse.

Le 13. Nuit très-agitée, avec persistance du délire ; la face est de nouveau rouge ; pas de diarrhée, une selle demi-solide ; une plaque noire du diamètre d'une pièce de 20 centimes au sacrum. — Même prescription ; bain ; pansement au tannate de plomb.

Le 15. L'agitation et le délire ont disparu ; la malade s'est bien trouvée du bain. Hier soir, un vomissement de lait caillé. Un peu de sensibilité du ventre ce matin. — Même prescription.

Le 16. Très-peu d'agitation la nuit. Les phénomènes intestinaux tendent à disparaître. Une selle épaisse hier — Même prescription.

Le 18. Paraît beaucoup mieux ; face calme, intelligente. Constipation depuis avant-hier. — Même prescription, lavement émollient.

Le 20. Physionomie calme et intelligente : température à 38°,

pouls moins fréquent, lèvres moins sèches, plus de fuliginosités aux dents. — Même prescription.

Le 22. La malade est calme, dit avoir beaucoup d'appétit; elle se plaint de douleurs dans les jambes: la fièvre est tombée, peau fraîche, pouls à 88. La convalescence commence.

Le 25. La langue est rouge, complétement nettoyée; pas de chaleur à la peau, pouls à 88. Pas de selle depuis deux jours. — Lavement apéritif.

Le 27. Convalescence complète. — Quart côtelette, etc.

1er avril. *Depuis hier, la malade n'a pas uriné.* A la partie inférieure du ventre, matité de la vessie distendue, pas de douleurs. — Bain; lait d'amandes.

Le 2. La malade a été sondée hier. L'urine est un peu rouge; elle contient un dépôt floconneux, mais ne précipite pas par l'acide azotique.

Le 5, l'excrétion de l'urine se fait régulièrement.

Le 18, sortie guérie.

§ 12. — La marche de l'hyperesthésie cutanée obéit assez exactement, autant que nous avons pu nous en assurer, aux règles dont nous parlions tout à l'heure, à l'occasion de la distribution et des degrés variables de l'exaltation morbide de la sensibilité. Dans les cas les plus complets, dans ceux que nous avons pu observer le plus exactement, nous l'avons vue suivre au début une marche ascendante, envahir successivement les extrémités inférieures, l'abdomen, le thorax, les extrémités supérieures, persister ensuite pendant un temps variable à un degré uniforme ou présenter quelques variations irrégulières, puis suivre dans sa disparition une marche descendante exactement inverse de celle qui lui avait été tracée dans la première phase. Quant aux oscillations de la phase intermédiaire ou d'état, il ne nous a pas été possible ordinairement de les rattacher nettement à quelque

cause bien déterminée. Parfois une exacerbation évidente se produisait le soir, en même temps que la fièvre redoublait. Dans l'observation III, on a vu l'hyperesthésie s'aggraver sous l'influence d'une complication de pneumonie. Chez un malade, dont l'histoire m'a été obligeamment communiquée par mon excellent collègue, M. Ranvier, l'hyperesthésie, pendant plusieurs jours de suite, n'existait guère que dans la soirée, et disparaissait complétement le matin. Voici les principaux détails de ce fait :

Obs. VII *bis.* — *Fièvre typhoïde à forme spinale; rachialgie lombaire, affaiblissement et hyperesthésie des membres inférieurs.* — Service de M. Hérard, hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, n° 11.

Fourchet (Charles), 19 ans, cordonnier. Ce jeune homme habite Paris depuis quatre ans. Il est sujet à de fréquentes céphalalgies, mais n'a jamais été sérieusement malade. Il est d'une faible constitution.

Le début de sa maladie n'a pas été franc. Il le fait remonter à huit ou dix jours. Il a eu de la céphalalgie, de l'insomnie, des rêves pénibles, une diarrhée constante développée spontanément, tous les jours une ou deux épistaxis. Il se plaint surtout d'avoir été pris, et dès le commencement de sa maladie, d'un *grand affaiblissement des jambes.* Les bras avaient conservé leur force; aussi, *bien qu'il éprouvât une très-grande difficulté à marcher et à se tenir debout, il a pu, jusqu'à ce jour, continuer son métier de cordonnier.*

Aujourd'hui, 11 août, la céphalalgie persiste; la vue est légèrement troublée; il y a eu une épistaxis depuis le matin; la peau est chaude; il y a cinq ou six taches rosées sur l'abdomen; le pouls est fréquent; la langue est blanche et sèche; il y a de la douleur et du gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite; la diarrhée continue. Il n'y a rien du côté du thorax.

Une pression modérée sur les apophyses épineuses des premières vertèbres lombaires détermine de la douleur. En piquant et en pinçant légèrement la peau sur toute l'étendue des mem-

bres abdominaux on amène une forte douleur. Ce phénomène ne se produit pas dans les autres régions.

12 août, le matin, persistance de l'état typhoïde. L'hébétude de la face est très-prononcée. Il y a *encore un peu de rachialgie, mais l'hyperesthésie a complétement disparu.* — Eau de Sedlitz, bouillon, potage; 2 lavements.

Le soir, le pouls s'est élevé, la face est congestionnée. *L'hyperesthésie reparaît.*

Les jours suivants, on observe les mêmes phénomènes : *disparition de l'hyperesthésie le matin, réapparition le soir.* La diarrhée persiste; il y a de fréquentes, mais peu abondantes épistaxis.

Le 17, *l'hyperesthésie disparaît complétement.*

Le 20, le malade entre en convalescence; il se lève, mais *il éprouve toujours de la douleur dans les reins* et une grande faiblesse.

Le 1er septembre, *il marche avec peine.* On l'envoie à Vincennes

Nous le revoyons le 15 septembre à la consultation; il n'a pas encore récupéré ses forces et *ne peut marcher qu'à l'aide d'un bâton.*

Ailleurs, l'hyperesthésie variait en proportion de la gravité générale de la maladie, ou de l'ensemble de ses symptômes. Deux fois nous l'avons vue disparaître complétement à la fin du premier septénaire, puis reparaître avec une intensité remarquable sous l'influence d'une complication grave.

Nous ne pouvons fixer d'une manière tout à fait précise l'époque à laquelle apparaît l'hyperesthésie, nos malades n'ayant été généralement admis à l'hôpital qu'après plusieurs jours de maladie. Chez tous néanmoins nous l'avons constatée dès le jour de leur entrée. C'est donc, dans la grande majorité des cas, un symptôme du début, et il est infiniment probable qu'il succède immédiatement aux prodromes, si même il ne se confond pas avec eux.

Nous verrons plus tard qu'il n'en a pas été de même dans l'épidémie de Fresnes, qui diffère d'ailleurs à plusieurs égards des faits que nous avons observés nous-même.

On trouve également dans l'ouvrage de M. Louis une observation (obs. 12 de M. Louis) dans laquelle une hyperesthésie générale apparut à une époque avancée de la maladie, peu de temps avant la mort (1). Dans l'obs. XXI (voir § 28), l'hyperesthésie s'est peut-être également manifestée d'une manière tardive, mais les termes dans lesquels ce symptôme est mentionné permettent de conserver quelques doutes à cet égard.

Chez nos sujets, la durée de l'hyperesthésie a été extrêmement variable. Tantôt elle disparaissait deux ou trois jours après leur admission à l'hôpital, c'est-à-dire dans le courant ou à la fin du premier septénaire; tantôt elle persistait pendant la deuxième semaine, ou même jusqu'à une époque bien plus avancée. Notons qu'elle peut se prolonger, plus ou moins atténuée, jusque dans la convalescence. et survivre pendant quelque temps au mouvement fébrile. D'une manière générale, il y avait un rapport assez exact entre la durée de l'hyperesthésie et l'extension qu'elle avait prise, ces deux éléments étant d'ailleurs approximativement proportionnels à la gravité

---

(1) «Tout le corps, dit M. Louis, et l'abdomen principalement, étaient sensibles à la pression; le malade témoignait une vive impatience quand on le palpait.» Cette hyperesthésie ne paraît pas d'ailleurs avoir frappé l'attention de M. Louis; il n'en parle pas dans les réflexions qui sont consignées à la suite de l'observation, et celle-ci est intitulée: «Délire, selles rares, météorisme considérable, sensibilité *du ventre;* mort., etc.»

générale de la maladie. Mais cette règle n'a qu'une valeur relative.

L'hyperesthésie cutanée s'accompagne dans un certain nombre de cas d'hyperesthésie musculaire, de rachialgie, et bien plus fréquemment, presque toujours, d'hyperesthésie spinale. Il n'y a pas de rapport constant entre l'une et l'autre. Quelquefois cependant l'hyperesthésie spinale occupe toutes les apophyses épineuses situées au-dessous de la ligne qui limite supérieurement l'hyperesthésie cutanée, mais dans ce cas, elle remonte toujours un peu plus haut, de quatre ou cinq apophyses épineuses, par exemple.

§ 13. — L'*hyperesthésie spinale* (1), moins régulière dans son mode d'apparition et de manifestation que l'hyperesthésie cutanée proprement dite, bien plus fréquente qu'elle, est au moins aussi variable que celle-ci sous le rapport de l'étendue dans laquelle elle se dessine : de l'atlas non-seulement aux vertèbres lombaires, mais même jusqu'à l'extrémité du sacrum, il n'est pas un point qui n'en soit parfois le siége. Rarement cependant elle règne dans toute cette hauteur. Presque jamais, d'une autre part, elle n'est limitée à une seule apophyse épineuse (2), et dans les cas les plus légers, nous avons à peu près toujours trouvé au minimum deux ou trois apophyses épineuses douloureuses à la pression. Nous aurons à re-

---

(1) Voir les obs. I à V, VII, XI à XIV, XVIII, XX, XXII à XXIV, XXVI, XXXII.

(2) Nous avons rencontré un exemple remarquable d'hyperesthésie limitée à une seule apophyse épineuse (la 9e ou 10e dorsale) chez une jeune fille que notre excellent collègue M. Auvray nous a fait voir dans le service de M. Duplay.

venir plus loin sur ce symptôme, à l'occasion de la douleur rachidienne spontanée, avec laquelle il s'associe fréquemment. Nous ferons remarquer ici que dans quelques cas elle suit dans sa distribution une marche ascendante analogue à celle de l'hyperesthésie cutanée. Ailleurs il n'en est pas de même. L'hyperesthésie spinale peut occuper les vertèbres cervicales seules, ou bien les dernières cervicales et les premières dorsales seulement, ou bien quelques vertèbres dorsales, à l'exclusion de toutes les autres. La limite est ici parfois nettement tracée, mais ailleurs l'hyperesthésie s'efface insensiblement à partir d'un centre où elle a son maximum d'intensité.

Il est facile de s'assurer que c'est bien d'une hyperesthésie cutanée qu'il s'agit. S'il en était autrement, une pression profonde devrait être plus douloureuse qu'une pression superficielle; or il n'en est rien, et parfois c'est précisément le contraire que l'on remarque. La sensibilité anormale n'est d'ailleurs pas limitée exclusivement au niveau des apophyses épineuses; elle existe également dans leurs intervalles et sur leurs côtés dans une zone plus ou moins large. Elle est seulement plus facile à mettre en lumière, comme partout ailleurs, là où la peau repose à peu près directement sur un plan osseux. Il suffit, pour le dire en passant, de signaler ce fait pour faire voir qu'il ne s'agit pas là de points névralgiques. Il est probable que l'hyperesthésie spinale, analogue en cela à l'hyperesthésie de la peau des extrémités, entre pour sa part dans les douleurs que provoquent les mouvements de la colonne vertébrale chez les sujets qui en sont affectés; mais le plus souvent ces douleurs paraissent avoir principalement pour siége les masses musculaires et peut-être les tissus articulaires.

L'hyperesthésie spinale offre, sous le rapport de son intensité, de grandes variations, comme l'hyperesthésie cutanée. Il est des cas dans lesquels elle ne le cède en rien en intensité à celle-ci (elle peut être assez vive pour empêcher les malades de prendre le décubitus dorsal); généralement cependant elle nous a paru un peu plus modérée. Nous n'avons pas remarqué qu'elle fût sensiblement plus prononcée, en thèse générale, au niveau des vertèbres plus déclives, qu'au niveau de celles situées plus haut. Elle n'affecte pas davantage, dans sa marche, une progression ascendante ou descendante régulière.

Nous avons par contre vu presque toujours l'hyperesthésie spinale partager très-exactement les destinées de l'hyperesthésie cutanée proprement dite sous le rapport de son époque d'apparition, de sa durée et de sa marche croissante ou décroissante. Nous ne pourrions que répéter à ce propos ce qui a été dit dans le paragraphe précédent.

L'hyperesthésie spinale, nous le répétons, est un symptôme qui se présente chez un très-grand nombre de typhoïdes, peut-être dans la moitié des cas dans les circonstances ordinaires, et même plus souvent chez les enfants et chez les femmes. Elle est certainement aussi fréquente que les bourdonnements d'oreille par exemple, sinon davantage. Nous croyons donc qu'elle doit être inscrite au nombre des symptômes habituels de la fièvre typhoïde. Cette assertion pourra paraître surprenante, mais que l'on veuille bien la contrôler, et nous sommes convaincu que l'on arrivera au même résultat que nous. Il ne suffit pas pour cela de questionner les malades qui, presque toujours, répondent négativement. Il faut interroger directement la sensibilité de chaque apophyse épineuse.

L'hyperesthésie spinale coexiste fréquemment, ainsi que

nous l'avons vu, avec l'hyperesthésie cutanée. Elle est à peu près constante chez les sujets qui éprouvent de la rachialgie. Elle s'associe du reste volontiers avec les divers symptômes que nous étudions plus loin.

§ 14. — L'*hyperesthésie musculaire* (1), compagne fréquente des douleurs musculaires spontanées et de l'hyperesthésie cutanée, est bien plus que celle-ci la source de souffrances pénibles et difficilement évitées pour les malades. Mise en éveil par chaque contraction des muscles endoloris, elle fait un supplice de tous les mouvements, condamne parfois les malades au repos ou ajoute encore aux incommodités qu'elle crée en provoquant, par action réflexe, des contractures fort gênantes.

Lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une exaltation analogue de la sensibilité des nerfs cutanés, on la reconnaît facilement. La douleur que la contraction provoque dans un muscle non endolori préalablement ne peut tenir à une autre cause, et une pression méthodique suffit au besoin pour lever tout doute. Il n'est pas tout à fait aussi aisé de trancher la question lorsque l'enveloppe cutanée sus-jacente est elle-même hyperesthésiée. Toutefois, ici encore, on voit parfois la contraction des muscles provoquer de la douleur, dont il est impossible de rapporter l'origine à la tension de la peau, ainsi dans la continuité des membres, au dos. D'autre part, en explorant comparativement, par une pression uniforme, les points dans lesquels la peau repose directement sur le squelette à ceux dans lesquels elle recouvre des masses musculaires, on peut constater

---

(1) Voir les obs. I, XII, XXIII, XXVI, et Wunderlich, *loc. cit.*, p. 317, 318.

parfois que dans ces dernières la douleur provoquée est beaucoup plus vive, ce qui suffit.

Le siége de l'hyperesthésie musculaire est extrêmement variable. On peut l'observer à peu près dans tous les muscles des extrémités, de l'abdomen, du thorax, du cou. Lorsqu'elle coexiste avec l'hyperesthésie cutanée, nous avons pu constater que sa distribution correspond presque identiquement à la répartition de celle-ci, dont elle paraît partager la marche ascendante. Il nous a semblé toutefois qu'elle s'arrête à un niveau moins élevé, et qu'en général elle est plus fugace. Son début paraît d'ailleurs coïncider à peu près avec la première apparition de l'hyperesthésie cutanée. Plus encore que celle-ci elle échappe facilement à l'attention, lorsqu'on ne la recherche pas expressément.

§ 15. — *Douleurs spontanées.* A côté des symptômes précédents viennent se ranger diverses sensations douloureuses spontanées. Elles présentent quelquefois la plupart des caractères des douleurs névralgiques ; mais les faits de ce genre sont exceptionnels, et dans la grande majorité des cas il n'en est pas ainsi.

Il n'est guère possible de déterminer avec précision dans quels tissus ou dans quels organes ces douleurs se font ressentir. Il s'agit ici d'un symptôme purement subjectif et dont l'analyse rencontre dès lors de grandes difficultés. Il est probable cependant que les nerfs sensitifs des muscles doivent en réclamer une bonne part pour leur compte. Quant aux articulations, ligaments, etc., ils sont peut-être réellement le siége, en partie, des douleurs spontanées dans la rachialgie ; mais il n'est guère possible de s'en assurer, et, en somme, il est impossible d'établir ici les

mêmes distinctions que pour l'hyperesthésie. La meilleure division à adopter nous paraît être toute topographique ; elle rapprochera d'ailleurs en grande partie les deux modes d'altération de la sensibilité. Nous parlerons donc successivement de la rachialgie, des irradiations douloureuses qui s'y associent, des douleurs des extrémités, et de la douleur thoracique.

§ 16. — *Rachialgie* (1). Nous comprenons dans l'appellation générale de rachialgie toutes les douleurs que les malades rapportent à la colonne vertébrale ou aux parties immédiatement adjacentes, quelles que soient d'ailleurs la région et l'étendue dans lesquelles elles se font sentir.

Cette rachialgie concomitante de la fièvre typhoïde a été mentionnée dans l'une ou l'autre de ces formes depuis bien longtemps. Les douleurs du dos sont signalées par Finke, dans sa relation de la constitution épidémique du Tecklembourg (L. Finke, *de Morbis biliosis anomalis, occasione epidemiæ cujus historia præmissa est, ab anno* 1776-1780, *in comitatu Tecklemburgensi observatis*. Monast. Westph., 1780). « Dans les cas de simples dyspepsies, les premiers accidents morbides étaient des lassitudes spontanées, des douleurs comme rhumatismales des membres et du dos, qui augmentaient souvent pendant la nuit; un sen-

(2) Voir les obs. I, VIII, IX à XIV, XVI, XXVI, XXVII, XXX ; Lebert (*loc. cit.*, p. 137), Griesinger (*loc. cit.*, p. 129 et 131), Wunderlich (*loc. cit.*, p. 321). Hirsch, Dietl, Muller, Lombard et Fauconnet (*loc. cit.*), Stromeyer (*Ueber den Verlauf des Typhus unter dem Einfluss einer methodischen Ventilation*. In-8°; Hannover, 1855), *Compendium de médecine* (t. VIII, p. 215), Forget (*loc. cit.*), Kræmer (*Corresp. Bl. baier. Aerzte*, 1844, n° 19), Louis (*Recherches sur la maladie connue sous les noms de* gastro-entérite, *etc.*).

timent de formication dans les muscles.» Dans les cas de fièvres typhoïdes «chez ceux qui étaient constipés, les *douleurs des membres et du dos* devenaient plus graves; pour ceux qui avaient de la diarrhée, les parties externes étaient moins douloureuses» (Gendrin, *Traité philosophique de médecine pratique*, t. II, p. 675).

Le même symptôme a été décrit par un assez grand nombre d'auteurs (voir la note de la page 58). Il a surtout été étudié avec soin par MM. Lombard et Fauconnet.

Nous avons cité plus haut (§ 4) un passage de leur mémoire où ils en signalent la fréquence. En récapitulant l'ensemble des faits qu'ils ont observés, ils s'expriment en ces termes :

«La *céphalalgie occipitale* et la *douleur cervicale* occupent le premier rang quant à la fréquence des symptômes spinaux; nous les avons assez souvent observées pour pouvoir les considérer comme devant entrer dans la description générale de la fièvre typhoïde. Chez quelques malades on ne l'observait que pendant peu de jours, et il suffisait de quelques embrocations huileuses pour faire disparaître la douleur; mais, dans quelques cas, la douleur occipitale avait une intensité et une persistance qui nécessitaient un traitement spécial; c'est alors que des émissions sanguines et des rubéfiants étaient mis en usage le plus souvent avec un succès complet. Quelquefois cependant la douleur occipitale a persisté jusque dans la convalescence et résisté à toute espèce de médication.

Il nous est arivé de reconnaître une fièvre typhoïde commençante, en nous fondant exclusivement sur l'existence de la céphalalgie occipitale et de la douleur cervicale, en sorte que nous croyons devoir attacher une grande importance à ce symptôme et l'ajouter aux épistaxis, aux vertiges, aux éblouissements et à la diarrhée, pour aider au diagnostic dans les cas qui présentent quelque doute sur la nature précise de la maladie. Cette remarque avait déjà été faite, il y a bien des années, lors de la grande fréquence du typhus pétéchial. A cette époque, la céphalalgie occipitale avait été considé-

rée par plusieurs praticiens comme l'un des signes les plus caractéristiques de l'invasion du typhus. Nous ne pouvons nous prononcer d'une manière aussi affirmative sur la fixité de ce symptôme, qui peut être considéré comme se rencontrant fréquemment, mais non constamment, dans la fièvre typhoïde; au reste, nous avons remarqué ces mêmes douleurs occipitales chez des personnes qui donnèrent des soins à des malades atteints de fièvre typhoïde, sans avoir pourtant contracté la maladie, et il ne serait pas impossible de reconnaître dans ce symptôme une influence semblable à celle de l'angine qui se rencontre si fréquemment chez les personnes qui soignent des malades atteints de scarlatine...

« La douleur qui a pour siége les *dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales* est moins fréquente que celle dont nous venons de parler; cependant nous l'avons rencontrée chez plusieurs malades, soit en ville, soit à l'hôpital, et dans quelques cas elle a été accompagnée de symptômes assez pénibles pour nécessiter un traitement spécial. »

Suivent quelques considérations sur les accidents concomitants de la rachialgie dorso-lombaire, qui ne paraît pas s'être offerte aussi fréquemment que les précédentes à l'observation de MM. Lombard et Fauconnet.

A côté de MM. Lombard et Fauconnet, nous devons citer M. Koehler qui insiste encore plus qu'eux sur la fréquence de la rachialgie : «Il est de notion vulgaire, dit-il, qu'il faut ranger parmi les symptômes prodromiques *presque constants* de la fièvre typhoïde des douleurs spinales violentes, profondes, térébrantes, accompagnées de frisson.» (*Monographie der meningitis spinalis,* p. 52.)

Je crois que l'opinion de M. Koehler exagère singulièrement la fréquence de la rachialgie. Ce symptôme m'a même paru moins fréquent que ne l'ont trouvé MM. Lombard et Fauconnet, et d'après ce que j'ai vu, il doit à cet égard céder le pas à l'hyperesthésie spinale. Cette diffé-

rence tient peut-être à ce que près de la moitié de mes observations ont été faites dans un service d'enfants, où il est souvent fort difficile d'être renseigné exactement au sujet des symptômes subjectifs.

J'ai observé comme MM. Fauconnet et Lombard, mais bien moins souvent qu'eux, la céphalalgie occipitale en même temps que la rachialgie cervicale. Elle me paraît être une de ces irradiations douloureuses auxquelles la rachialgie donne si souvent lieu dans diverses parties.

La rachialgie présente autant de variétés de siége, d'étendue et d'intensité que l'hyperesthésie spinale. Elle peut n'apparaître que par le redressement de la tête et du tronc. Dans les cas les plus simples, c'est une douleur modérée, fixe, sourde, pénible surtout par sa persistance ; mais souvent aussi elle acquiert une intensité redoutable. Les malades accusent alors une sensation de brûlure ou une douleur profonde, térébrante, déchirante, le long du rachis, dans les masses musculaires des gouttières vertébrales, à la nuque. Le moindre mouvement leur arrache des cris, et ils s'astreignent autant que possible à l'immobilité. Le redressement de la colonne vertébrale est surtout pénible; aussi les malades renversent-ils la tête sur la nuque, et quand tout le rachis est envahi, ils prennent l'attitude d'un individu atteint d'opisthotonos. Les enfants surtout enfoncent violemment leur occiput dans leurs oreillers, et s'opposent obstinément aux efforts que l'on tente pour leur redresser la tête. Ce n'est encore là qu'une contraction musculaire volontaire; mais on comprend qu'il n'y ait pas très-loin de là à une véritable contraction tétanique.

La rachialgie, de même que tous les symptômes étudiés jusqu'ici, est un symptôme du début; elle s'associe même souvent aux prodromes, et sa durée est généralement assez

courte. Dans les cas les plus simples, comme l'ont observé MM. Lombard et Fauconnet, elle peut disparaître au bout d'un très-petit nombre de jours. Elle dépasse rarement la fin de la première semaine, et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'elle se prolonge dans la troisième.

J'appelle spécialement l'attention des médecins sur les douleurs lombaires, que j'ai observées bien plus fréquemment que MM. Lombard et Fauconnet (1). Elles se présentent au début de la fièvre typhoïde absolument comme pendant l'invasion de la variole, moins constamment toutefois. Aussi se tromperait-on bien souvent si l'on voulait se servir de ce symptôme pour trancher le diagnostic différentiel entre ces deux maladies, diagnostic souvent si hérissé de dificultés au deuxième et au troisième jour des varioles et des varioloïdes non confluentes.

§ 17. — Les observations suivantes serviront à faire voir quelques-unes des apparences sous lesquelles se présente la rachialgie; elles montrent, en outre, par anticipation quelques-uns des accidents qui s'y rattachent souvent.

Obs. VIII. — *Fièvre typhoïde prise pour une méningite cérébro-spinale; douleur à la nuque, rachialgie* (Forget, *Relation de l'épidémie*, etc., p. 40). — Un homme de 19 ans, cordonnier, de constitution moyenne, entre à la Clinique, le 17 mai 1841, au fort de l'épidémie. Il y a quatre jours qu'il ressentit, sans cause connue, de la céphalalgie, vertiges, faiblesse, courbature, *douleur à la nuque et le long du rachis.*

---

(1) Ces douleurs ont été rencontrées fréquemment par M. Louis; elles coïncidaient ordinairement avec des douleurs dans les membres. M. Louis ne signale par contre qu'une seule fois la rachialgie dorsale (obs. 32 de M. Louis).

État actuel. Céphalalgie frontale, *nuque et rachis douloureux quand il redresse la tête et le front;* facies coloré, photophobie; langue blanche au centre, rouge sur les bords; anorexie, soif, abdomen indolent, crépitation dans la fosse iliaque droite, selles régulières, peau chaude; pouls fréquent, développé; respiration normale. — Saignée de 300 grammes, 20 sangsues à la base du crâne; chiendent.

18 mai. Même état, deux selles; pouls à 120, large, résistant (2 saignées de 300 grammes; limon. tartr.); sang plastique.

Le 19. Léger délire pendant la nuit, peu de céphalalgie, *nuque douloureuse*, 6 selles, gargouillement iliaque, peau brûlante et sèche; pouls à 96, large, résistant (2 saignées, 2 lavements émollients, cataplasme abdominal; eau sucrée); sang normal.

Le 20. Délire nocturne, *rachis douloureux;* langue rouge, pointillée, sensibilité iliaque, point de selles; pouls à 100, plus souple.— 25 ventouses scarifiées le long du rachis, raser la tête, onctions mercurielles, fomentations froides émollientes.

Le 21. Délire actif; la bouche devient fuligineuse, quelques taches rosées à la base du thorax. — Trois fois 10 sangsues à la base du crâne.

Le 22. Délire bruyant pendant la nuit; bouche fuligineuse, abdomen sensible à la pression, gargouillement, bruit humorique dans le flanc droit, 4 selles; pouls à 100, peu développé. — Tisane de riz; cataplasme abdominal, fomentations d'oxycrat sur les membres.

Dès lors l'appareil typhoïde marche franchement, et l'idée de méningite est complétement éloignée. — Émollients.

Le 28. Délire moins intense, bouche moins fuligineuse, crépitation iliaque; 3 selles, dont 2 involontaires; pouls à 100, assez développé, peau chaude, tuméfaction à la région parotidienne droite. — Tisane de riz; 2 demi-lavements laudanisés, frictions sinapisées sur les membres, 12 sangsues à la joue droite.

Le 31. Nuit bonne, intelligence nette, bouche encore un peu fuligineuse; 3 selles, dont 1 involontaire; pouls à 100, assez résistant. La parotide se résout. — Émollients; bouillons.

Dans les premiers jours de juin le mieux se confirme. La convalescence s'établissait, lorsque le 10 on découvrit plusieurs petits ab-

cès indolents au cou et au cuir chevelu; on les ouvre avec la lancette. Plusieurs autres se forment les jours suivants, et sont ouverts de même. Le malade mange le quart. Il se lève le 17. De nouveaux abcès se forment toujours jusque dans les premiers jours de juillet. Enfin le malade sort guéri, le 16 juillet, deux mois après son entrée.

Obs. IX. — *Fièvre typhoïde, douleurs à la nuque et entre les épaules, au dos et dans la région lombaire ; dysurie, céphalalgie occipitale, engourdissement des bras. Guérison.* (Lombard et Fauconnet, 2e obs.) — Une nourrice, âgée de 41 ans, accouchée depuis un an, ayant eu depuis lors ses règles tous les mois, sauf les deux premiers, a été prise, il y a quinze jours, de vomissements, de diarrhée et de douleurs abdominales, qui cédèrent à l'emploi de la décoction blanche de Sydenham; elle ressentit alors des *douleurs très-vives à la nuque et entre les épaules ; les mouvements du cou étaient douloureux;* elle avait beaucoup de vertiges dès qu'elle se levait, elle eut aussi pendant trois jours *beaucoup de difficulté à uriner;* la maladie ayant pris une tournure assez grave, cette femme fut transportée à l'hôpital.

Le lendemain (27 novembre 1840), elle se plaignait de céphalalgie, de vertiges, d'éblouissements, de battements dans la tête, de bourdonnements d'oreille et de surdité, de *douleurs à la nuque, au dos et dans la région lombaire;* les yeux étaient injectés, le visage coloré, la langue humide et blanche, la peau chaude, le pouls à 100; il y avait de la toux sans expectoration et du râle sibilant dans toute la région postérieure de la poitrine; pas de matité thoracique, ni de douleur abdominale, ni taches typhoïdes; il n'y avait pas eu de selles depuis deux jours; les seins étaient douloureux. On prescrit un bain, des cataplasmes et la diète.

28 novembre. Beaucoup de *céphalalgie, surtout à l'occiput,* vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreille et surdité très-prononcée. La nuit avait été très-agitée, elle avait eu des nausées et quelques vomissements; abdomen mou, indolent, sans taches. — Un bain; huile de ricin.

29 novembre, quinze selles par l'huile de ricin. Les seins sont

toujours durs et douloureux; l'état général de fièvre et d'agitation est stationnaire ; *la malade se plaint toujours de céphalalgie occipitale et de douleurs à la nuque.* — On continue les bains et les cataplasmes.

30 novembre. Les bourdonnements d'oreille, la surdité et *les douleurs à la nuque sont au même point* que les jours précédents ; la langue est blanche, humide; le pouls est devenu moins fréquent, il est à 72 le matin et à 100 le soir. Il s'est développé depuis hier deux taches typhoïdes abdominales. — On continue les bains et on répète l'huile de ricin.

Du 1er au 8 décembre, la maladie a marché sans accidents, sauf quelques vomissements bilieux. De nouvelles taches se sont développées sur l'abdomen. La céphalalgie a diminué, mais la surdité et les bourdonnements d'oreille ont persisté, il y a eu *de l'engourdissement des bras, dont les mouvements étaient gênés et douloureux ;* la toux a cessé ; le lait a diminué sous l'influence des purgatifs et des cataplasmes de fleurs de sureau, et la malade est entrée en convalescence. Quelques jours après, cependant, le 17 décembre, elle se plaignait encore d'*engourdissement des bras*. Elle est sortie ce même jour, quoique encore très-faible, mais désirant rejoindre ses enfants qui avaient grand besoin de sa présence.

Obs. X. — *Fièvre typhoïde, douleur à la nuque, au cou, dans le bras droit ; dysphagie, dysurie. Guérison.* (Lombard et Fauconnet, 1re obs.) — Mlle N. N....., âgée de 13 ans, habituellement bien portante, demeurant dans une maison entourée de familles où l'on compte plusieurs cas de fièvre typhoïde, a été prise subitement de céphalalgie, de vertiges et d'une *douleur très-aiguë à la nuque, dans les muscles de la partie droite du cou et au bras droit*. L'état général de la malade ne présentait alors aucune complication fébrile, en sorte qu'elle put être amenée à la visite pour consulter un médecin qui considéra le mal dont était atteinte Mlle N..... comme un torticolis, contre lequel il conseilla huit sangsues et des embrocations huileuses. Huit jours après, la malade étant incapable de quitter le lit, le Dr Lombard fut appelé près d'elle et la trouva dans l'état suivant : La peau est chaude, le pouls à 84, la

langue humide, la soif vive ; il y a beaucoup de rougeur du pharynx, sans tuméfaction des amygdales, mais avec *dysphagie très-prononcée ; la tête est tournée à droite, et les muscles du cou du même côté sont très-douloureux sous la pression, et par le moindre mouvement la douleur descend dans le bras droit et en gêne les mouvements ;* il y a des vertiges, de l'agitation, du bourdonnement d'oreilles, de la constipation, une si grande *difficulté à uriner* que la malade est obligée de se mettre sur les genoux, et encore l'émission des urines est-elle alors très-lente et très-difficile. — On prescrit de l'huile de ricin, un bain tiède et des fomentations sur l'abdomen.

Le surlendemain, la malade était toujours dans le même état, sauf une grande agitation pendant la nuit ; l'huile de ricin a amené trois ou quatre selles, sans soulagement notable ; le pouls est à 84, la langue est humide ; *la douleur cervicale est toujours au même point, et la tête tirée du côté droit, la dysphagie et la dysurie n'ont pas diminué.*

Le surlendemain (11e jour), la malade est toujours dans une très-vive angoisse ; il y a beaucoup de jactitation, de loquacité ; la peau est brûlante, le visage présente beaucoup de stupeur, la langue est sèche et la soif vive. *La douleur cervicale et la dysurie sont stationnaires ;* pas de taches typhoïdes sur l'abdomen ; il n'y a pas eu de selles depuis l'administration de l'huile de ricin. — Lavages avec oxycrat, fomentations sur l'abdomen, huile de ricin.

Le lendemain (12e jour), les symptômes typhoïdes deviennent de plus en plus évidents, et cependant le pouls reste à 80 ; *la douleur cervicale est la même, ainsi que la dysurie.* Il s'est développé depuis hier deux taches typhoïdes très-évidentes ; le purgatif a produit un bon effet. — On continue les lavages et les fomentations.

Le treizième jour, *la dysurie et la douleur cervicale ont notablement diminué.* La malade cause beaucoup pendant la nuit, mais n'a pas de délire pendant le jour ; la stupeur du visage et la surdité sont de plus en plus prononcées. — Continuer les lavages.

Depuis cette époque, les symptômes typhoïdes ont continué ; il a paru de nouvelles taches sur l'abdomen. On a obtenu quelques selles liquides par des lavements administrés pour vaincre la constipation ;

la surdité et la stupeur ont été très-prononcées; mais le mouvement fébrile n'a jamais été très-marqué, du moins le matin.

La convalescence a commencé à la fin de la troisième semaine, mais les forces sont revenues avec beaucoup de lenteur ; l'amaigrissement a été très-prononcé ; les cheveux sont en grande partie tombés, et tout a démontré la gravité de l'affection de Mlle N....

Obs. XI (communiquée par M. le professeur Schutzenberger). — A. Bergite, 35 ans, servante, entrée le 3 février 1861 à l'hôpital civil de Strasbourg (service de M. le professeur Schutzenberger, salle 48, lit n° 8). — Contagion. Début le 30 janvier. Forme thoracique. — Le 25 février, on note : Expression de souffrance profonde, physionomie contractée, grippée. *La malade se plaint d'une sensation de brûlure le long du rachis ; les apophyses épineuses sont sensibles à la pression.* Ventre ballonné. (10 ventouses sèches le long du rachis, frictions d'huile chloroformée.) Dans la journée, la malade a deux selles liquides renfermant une grande quantité de sang. — Le 6 mars, *la malade est très-sensible à la moindre pression dans toute la partie postérieure du thorax.* (Friction d'huile chloroformée.) Convalescence confirmée, exeat, le 11 avril.

§ 18. — *Irradiations douloureuses diverses.* — A part les cas extrêmement simples de douleurs lombaires de médiocre intensité, la rachialgie n'apparaît presque jamais isolée. Le plus souvent elle s'accompagne de divers autres phénomènes qui partagent en général son sort et qui ont avec elle incontestablement des raports intimes. Nous en indiquerons seulement quelques-uns ici, parce que c'est à la faveur de ce rapprochement qu'il est possible de comprendre qu'ils se rattachent probablement à un trouble fonctionnel de la moelle, et non à une affection périphérique.

C'est ainsi que la douleur à la nuque peut s'accompagner de douleurs dont la distribution ne rappelle en rien celle dont l'origine est notoirement spinale ; chez tel malade, c'est

une douleur très-aiguë dans la partie droite du cou et au bras droit; la tête est déviée du côté droit; les muscles du même côté sont très-douloureux sous la pression, et par la moindre pression la douleur descend dans le bras droit et en gêne les mouvements (obs. X, § 17). Chez une autre, la douleur de la nuque s'étend aux épaules(obs. IX, § 17). Il en était ainsi chez une jeune fille que, grâce à l'obligeance de mon excellent collègue, M. Verliac, j'ai pu observer dans le service de M. Duplay. Il semblait à cette malade qu'un poids énorme lui écrasait les épaules, dont les muscles étaient le siége de douleurs spontanées atroces et d'une vive hyperesthésie. Ailleurs encore, la douleur lombaire s'accompagne de douleurs dans l'hypogastre, dans les régions iliaques, dans divers points de l'abdomen, à l'épigastre, dans l'un des hypochondres(obs. XXIX, § 40); ou bien la rachialgie dorsale s'irradie dans l'une des extrémités supérieures; celle-ci est engourdie, roide, etc. (obs. XXVI, § 35). Chez trois malades de M. Poulet, la lombalgie s'accompagnait, une fois de coliques hypogastriques, et deux fois de douleurs sciatiques fort vives, etc.

Ces divers accidents ne portent pas avec eux, si on les envisage d'une façon isolée, le cachet de l'origine spinale. Leur coïncidence chronologique avec la rachialgie et avec d'autres accidents spinaux incontestables, leur disparition sous l'influence des moyens dirigés contre ceux-ci, donnent cependant à l'opinion de MM. Lombard et Fauconnet, qui en font remonter l'origine à la moelle, une assez grande force. Je dois avouer que je me sens assez porté à me rallier à cette opinion, mais c'est un point sur lequel je conserve des doutes. Il se pourait, en effet, que ces accidents fussent dus à une perversion des fonctions du système nerveux périphérique, survenue sous l'influence de la cause

qui jette le désarroi dans les fonctions médullaires, et par un mécanisme analogue. Le système nerveux périphérique peut en effet être troublé dans l'une ou l'autre de ses circonscriptions en dehors de toute participation prédominante de la moelle et de toute complication cérébrale (1).

§ 19. — *Douleurs dans les membres.* Les élancements douloureux dans les extrémités inférieures (ce symptôme est fort rare aux extrémités supérieures) se présentent souvent avec l'aspect bien caractérisé d'un symptôme d'origine spinale. Nous ne parlons pas ici des douleurs sourdes qui appartiennent à la courbature et dont la nature d'ailleurs, pour le dire en passant, est encore assez mal déterminée. Ce sont des douleurs vives (2), profondes, pongitives, lan-

---

(1) C'est ainsi que M. Griesinger rapporte qu'au début de la fièvre typhoïde dont il fut atteint, la sensibilité de sa muqueuse buccale était presque éteinte, sans que cette muqueuse fût d'ailleurs altérée. Dans l'épidémie de Plancher-les-Mines, « sur la limite du prodrome et de la période d'invasion, s'est manifestée trois fois une odontalgie assez vive pour donner le change..... Dans quelques cas isolés, la douleur de tête était remplacée soit par une otalgie, soit par une pleurodynie.» (Poulet, *loc. cit.*, p. 6.) On a plus souvent l'occasion de faire des observations de ce genre dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

(2) Voir, entre autres, l'observation relatée par M. le professeur Trousseau dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. I, p. 168. Il s'agit d'une jeune fille qui succomba au quatrième jour d'une fièvre typhoïde ataxique. «Quand on apporta la malade à l'Hôtel-Dieu, elle accusait de la lassitude avec d'*atroces douleurs* dans les membres, mais plus encore dans les reins,» etc. Dans l'*épidémie assode* de Paris (été 1833), décrite par M. Gendrin (*loc. cit.*, t. II, p. 686), «les douleurs des membres ont pris chez plusieurs malades une intensité si grande, principalement autour des articulations, qu'on pouvait les considérer comme des douleurs rhumatismales, si ce n'eût été l'absence de douleur à la pression et de tuméfaction sur les articulations malades.»

cinantes, térébrantes, que les malades rapportent aux masses musculaires des membres et qui leur paraissent souvent avoir pour point de départ une douleur rachialgique, dorsale ou lombaire. Quelquefois ces douleurs s'accompagnent d'une sensation de brûlure. Elles augmentent pendant les mouvements qui deviennent ainsi fort pénibles et que les malades évitent autant qu'ils peuvent. Quoique continues, elles présentent des recrudescences spontanées, irrégulières.

Ce qui a été dit précédemment au sujet de l'époque d'apparition et de la durée de la douleur rachidienne s'applique également, d'une manière générale, ici. Quelques faits observés par M. Poulet, et notamment les faits de l'épidémie de Fresnes, font pourtant exception à cette règle.

Ces douleurs s'accompagnent très-généralement d'hyperesthésie musculaire. Il en résulte un ensemble de caractères qui rappelle beaucoup les douleurs rhumatismales. M. Griesinger fait remarquer (*loc. cit.*, p. 130), et j'ai observé, comme lui, que la plupart des malades ne les accusent pas spontanément et que c'est là encore un symptôme qu'il faut chercher pour le trouver.

Obs. XII (Forget, *Entérite folliculeuse*, obs. 28, p. 286). — *Fièvre typhoïde prise pour une affection cérébro-spinale ; douleurs dans les reins, les membres inférieurs, les flancs ; rachialgie, hyperesthésie cutanée, spinale et musculaire ; fourmillements dans les extrémités ; paralysie de la sensibilité musculaire. Mort, autopsie.* — Une femme de 32 ans, de constitution faible, tempérament nerveux-lymphatique, entre à la Clinique le 24 juillet 1839. Elle raconte qu'il y a quinze jours, en même temps que ses règles, sont apparues des *douleurs très-vives dans les reins, les flancs et les membres inférieurs.* Les menstrues ont coulé le temps ordinaire, mais *les douleurs ont persisté en s'aggravant.* —

Plusieurs purgatifs ; délayants ; ventouses scarifiées sur les points douloureux.

État actuel. Décubitus dorsal, céphalalgie, abattement, facies endolori, lamentations, cris ; *le moindre mouvement est douloureux; on ne peut faire asseoir la malade pour examiner le rachis qui est le siège de vives douleurs dans toute son étendue ;* les articulations sont également douloureuses ; *les muscles, la peau, dans toutes les régions, sont extrêmement sensibles ; fourmillements dans les mains et la plante des pieds, impossibilité de se tenir debout ;* peau chaude, pouls à 100, petit et dur, langue saburrale, bouche pâteuse, anorexie, soif; abdomen sensible comme toute la surface du corps, une selle par jour. Nous diagnostiquons une affection cérébro-spinale. (Saignée de 10 onces (300,00); laxatif, huile de ricin, 1 once et demie (45,00) ; poudre de Dower, 50 centigr. ; chiendent nitré.) Sang consistant, vestiges de couenne ; 12 selles par le laxatif.

Le 25. Même état. — 25 ventouses scarifiées le long du rachis ; extrait d'opium, 0,10 gr. en 4 pilules; 2 demi-lavements émollients.

Le soir, réaction et *douleurs toujours vives.* — Saignée de 12 onces (sang normal).

Le 26. *Douleurs vives, la malade dit ne plus sentir ses jambes, mais, lorsqu'on y touche, elle accuse une extrême sensibilité ; rachis douloureux à la pression dans toute son étendue,* facies grippé, langue saburrale, point de selles, pouls vif et fréquent (à 112), peau sudorale. — Lavement laxatif, bain ; extrait d'opium, 0,15 gr. en 6 pilules.

Le 27. *La malade ne peut se mouvoir, endolorissement,* pouls à 115. — 20 ventouses scarifiées le long du rachis ; lavement laxatif, opium, 0,20 gr.

Le 28 Délire, plaintes, *douleurs vives générales*, selles et urines involontaires, peau chaude, sudorale, pouls à 112, large et souple. — 2 demi-lavements avec laudanum, 6 gouttes ; poudre de Dower, 1,20 gr. en 2 prises ; chiendent nitré.

Le 29. Même état; diaphorèse, sudamina. — Potion stibiée avec émétique, 0,30 gr. *ut supra.* Vomissements, selles nombreuses.

Le 30. Langue saburrale, tendant à se sécher; *douleurs un peu moins vives*, pouls à 108 (*ut supra*). — Potion stibiée.

Le 31. Point de vomissements, selles nombreuses involontaires, gargouillement abdominal, immobilité, *vives douleurs provoquées par le mouvement*, pouls à 120, peau chaude. — Supprimez le tartre stibié; lavement, cataplasme laudanisé; poudre de Dower, chiendent nitré.

1[er] août. Délire continuel, langue saburrale, selles involontaires, pouls à 108. — Eau de gomme et de groseille; lavement, cataplasme narcotique.

Le 2, la malade est pâle, presque sans pouls, sueurs froides. — 2 vésicatoires aux cuisses; sinapismes aux jambes; potion, eau de mélisse, 120 gr.; teinture de canelle, 2 gr.; éther sulfurique, 15 gouttes: sirop d'écorce d'orange, 30 gr.

La chaleur renaît un instant, mais bientôt la malade expire, sans agonie, vingt-quatre jours après l'invasion, neuf jours après l'entrée.

Nécroscopie, vingt-deux heures après la mort.—*Cavité encéphalique*. Méninges légèrement injectées, cerveau de consistance et d'aspect naturels, un peu de sérosité dans les ventricules (un léger ramollissement rencontré dans le point déclive d'un ventricule, vers la corne d'Ammon, existe également de l'autre côté et résulte évidemment de la macération par la sérosité); les méninges rachidiennes sont sensiblement injectées; une grande quantité de sérosité s'écoule du rachis; la moelle vertébrale est ramollie dans une grande étendue, sans changement de couleur. *Ce phénomène est évidemment cadavérique.* —*Cavité thoracique.* Adhérences anciennes, quelques tubercules secs, disséminés dans les poumons, cœur normal. — *Cavité abdominale.* Ganglions mésentériques engorgés, estomac phlogosé, par plaques; intestins grêles n'offrant que quelques arborisations jusqu'à 2 pieds du cæcum. Alors apparaissent des granulations (psorentérie), puis des plaques réticulées, d'autres ulcérées, très-nombreuses; quelques-unes paraissent en voie de réparation et même complétement cicatrisées; dans le gros intestin, quelques follicules isolés paraissent affectés. La rate et le foie n'offrent rien de particulier, non plus que les reins; la vessie contient de l'urine trouble, fétide; sa muqueuse est fortement injectée et pointillée.

Obs. XIII. — *Fièvre typhoïde, douleur cervicale s'irradiant dans les bras; rachialgie, douleurs dans les membres inférieurs. Guérison.* — M. Fauconnet, appelé auprès d'une personne âgée de 18 ans, la trouva, lors de sa première visite, sans fièvre ne se plaignant que de faiblesse, d'un peu de céphalalgie et d'une *douleur cervicale assez vive pour gêner les mouvements* et condamner la malade à l'immobilité. Quelques sangsues parurent diminuer la douleur; mais, au bout de cinq à sept jours, tous les symptômes de la fièvre typhoïde se développèrent et suivirent leur cours ordinaire avec assez d'intensité; en même temps, il s'y joignit *dans les membres inférieurs et tout le long de la colonne vertébrale des douleurs qu'aggravaient la pression et les mouvements*, tandis que *la douleur cervicale continuait et s'étendait même aux bras.* La maladie dura plus d'un mois, mais la santé se rétablit complétement après un séjour à la campagne.

§ 20. *Douleur thoracique.* — Il est probable que c'est dans la même classe qu'il faut ranger les douleurs qu'un certain nombre de malades éprouvent dans la poitrine et qui occasionnent souvent une gêne extrême de la respiration. Elles se trouvent déjà mentionnées par Rœderer et Wagler dans leur relation de l'épidémie de Gœttingue: « Surtout chez les personnes pléthoriques, il se manifestait à la poitrine des douleurs pongitives que la toux exaspérait, avec des symptômes qui simulaient des accidents pleurétiques. On remarquait souvent de l'anxiété précordiale, de la respiration difficile, des douleurs aux hypochondres» (Gendrin, *Traité philosophique de médecine pratique*, t. II, p. 664). M. Hirsch (*loc. cit.*) parle d'un étudiant qui éprouva pendant toute la durée de la fièvre typhoïde des douleurs excessives dans la colonne verétbrale et dans les extrémités, avec impossibilité de les mouvoir. Il ajoute: « Les muscles respiratoires étaient également affectés; de là de violents paroxysmes asthmatiques

accompagnés d'une forte dyspnée. » M. Kœpp a observé plusieurs fois, pendant l'épidémie de Torgau, « une douleur violente dans la poitrine avec oppression ou constriction spasmodique. » Dans une observation consignée dans la thèse inaugurale de M. le Dr Arnaud (*Étude sur les affections dites typhoïdes*; Strasbourg, 1862), on trouve mentionnés les symptômes suivants : « hyperesthésie considérable de la base du thorax, dont la percussion détermine de la toux convulsive, de l'anxiété; une difficulté très-grande de la respiration. Ces accès se répètent toutes les deux ou trois minutes, etc. »

Obs. XIV (Lombard et Faucomnet).— *Fièvre typhoïde ; rachialgie et hyperesthésie cervicales ; gêne de la respiration, paraplégie* (?) *consécutive. Guérison.* — Chez une jeune demoiselle, que l'un de nous a traitée dans sa pratique particulière, *la douleur occupait les dernières vertèbres cervicales et était assez vive pour rendre impossible le décubitus dorsal; la moindre pression sur la partie douloureuse était excessivement pénible;* et de plus il y avait *une grande gêne de la respiration qui était saccadée et suspirieuse. L'auscultation ne rendant aucun compte de cet état de la respiration,* nous la considérâmes comme dépendant de l'influence nerveuse de la moelle épinière, et nous appliquâmes des sangsues et des liniments calmants sur les portions douloureuses de la colonne vertébrale. Cette médication fut suivie d'un prompt succès, et dès lors nous vîmes cesser une complication qui paraissait devoir compromettre l'existence ; depuis ce moment, la fièvre typhoïde suivit son cours sans aucun accident, et la malade se rétablit dans l'espace de trois à quatre mois.

La marche est restée vacillante pendant plusieurs mois ; d'où l'on a été amené à conclure qu'il avait dû exister quelque désordre grave dans la moelle épinière, pour que les mouvements des membres inférieurs soient restés incomplets et irréguliers longtemps après que tous les autres symptômes avaient complétement disparu.

On retrouve encore des accidents thoraciques analogues dans diverses observations, mais il n'est pas toujours possible d'en déterminer bien exactement la nature. Il en est qui paraissent dépendre d'une paralysie des muscles respiratoires (voir plus bas, obs. XVII, § 24). D'autres fois, il s'agit peut-être d'une affection spasmodique des muscles respiratoires, survenue sous l'influence de l'état morbide de la moelle épinière, et indépendamment de toute douleur. Nous citerons enfin plus bas deux exemples remarquables d'accidents respiratoires dont l'origine était certainement, en partie au moins, dans le bulbe (voir obs. XXII et XXII *bis*, § 29).

Dans l'observation XXII, nous avons observé également cette douleur en ceinture dont l'origine spinale est si connue.

Pour clore la liste des douleurs spontanées qui nous occupent, il nous reste à ajouter qu'à côté d'autres symptômes spinaux on rencontre parfois des douleurs qui offrent les caractères des *douleurs névralgiques*. Il en était ainsi dans l'épidémie de Calw (Muller), dans celle de Cracovie (Dietl). Dans l'observation suivante, on verra la douleur se présenter sous la forme d'une double sciatique et dissimuler pendant quinze jours la fièvre typhoïde.

Obs XV (Forget, *Entérite folliculeuse*, p. 283). — *Fièvre typhoïde masquée au début par des douleurs sciatiques; mort, autopsie.*—Brenneis, 18 ans, constitution forte, sanguine, servante, n'a jamais été réglée, et porte à peine les signes de la puberté. Elle entre à la Clinique le 10 mai 1837. Elle raconte qu'il y a quinze jours elle tomba dans l'eau jusqu'à mi-jambes; il y a dix jours, elle ressentit, *dans le genou gauche, une douleur qui s'étendit bientôt jusqu'à la plante des pieds.* Deux jours ensuite, la douleur augmentant, on applique six sangsues au mollet; la douleur diminue; mais, deux jours après, *elle se porte à la cuisse du même*

côté, sur le trajet du nerf sciatique, occupant toute l'étendue du membre; une douleur semblable apparaît du côté droit ; la marche en est rendue douloureuse.

État actuel. Douleurs dans les membres ; la peau est chaude, généralement rouge et comme érythémateuse ; pouls fréquent, peu développé, mais dur ; *dyspnée sans douleur*, toux légère, crachats insignifiants, thorax sonore, quelques râles muqueux ; langue blanchâtre au centre, un peu rouge sur les bords ; peu de soif, ventre souple, indolent, selles régulières ; mais la malade dit avoir eu la diarrhée les jours précédents, un peu de céphalalgie frontale.

Nous prenons cette affection pour un rhumatisme ou une sciatique fébrile. -- Saignée de 450 gr., tisane émolliente (sang riche en fibrine, caillot consistant, non couenneux).

Le 11. La rougeur générale est diminuée, *les douleurs sciatiques persistent*, pouls toujours dur et fréquent. — Saignée de 300 gr., 25 sangsues à la cuisse gauche.

Le 12. La malade se trouve un peu mieux, un peu de toux: râles sibilants, pouls fréquent, large et vif ; langue rouge, soif ; cinq selles depuis la veille. — Nous prescrivons une saignée et une application de sangsues au thorax, qui ne sont pas exécutées.

Le 13. Vomissements bilieux, plusieurs selles la veille ; langue rouge, soif, épigastre sensible, pouls moins développé ; *douleur à l'épaule droite, moins forte aux membres inférieurs.* — 15 sangsues à l'épigastre ; tisane émolliente, lavement, cataplasme abdominal.

Le 14. Ni vomissements, ni selles, ni douleur épigastrique ; dyspnée, râles muqueux, sibilants, surtout sous la clavicule gauche ; pouls fréquent et dur. — 15 sangsues sous la clavicule. *Ut supra.*

Le 15. Un peu de délire dans la nuit ; langue rouge, tendant à se sécher ; quatre selles, sensibilité obtuse et bruit humorique dans la fosse iliaque droite ; dyspnée, rhonchus bruyant dans tout le thorax ; pouls fréquent, dur, peu développé. Nous reconnaissons l'entérite folliculeuse.—12 sangsues aux cuisses; chiendent, looch ; cataplasme abdominal, compresses froides sur le front, sinapismes aux jambes.

Le soir, abattement extrême, pâleur, pouls 140, peu développé. — Potion, infusion de tilleul, 180 grammes; extrait de quinquina,

4 grammes ; éther , 20 gouttes ; sirop d'écorce d'orange, 30 grammes; vésicatoires aux mollets.

Le 16. Constipation , douleur iliaque , dyspnée, râles, pouls fréquent. petit, intermittent; facies décoloré , stupeur. — Ventouses scarifiées au flanc droit; limonade tartrique ; lavement émollient. cataplasme abdominal.

Le 17. Même état ; affaissement plus prononcé , langue pâle, poisseuse, constipation. — Potion avec acétate d'ammoniaque, 15 grammes ; lavement huileux , cataplasme abdomiual ; lotions vinaigrées, sinapisées; bouillon par cuillerées.

Le 18. Bouche fuligineuse , sensibilité iliaque , constipation , pâleur, affaissement sans délire. — Potion acétate d'ammoniaque; lavement huileux, lotions sinapisées.

Le 19. Affaissement comateux, pouls petit, mais vif , à 128. — Limonade sulfurique, potion et lotions *ut supra*. Elle refuse ses boissons.

Le 20. Un peu moins de somnolence. — *Ut supra*.

Le 21. Selles involontaires , abondantes, liquides, sensibilité iliaque. — *Ut supra*, supprimez la potion ; lavement narcotico-émollient.

Le 22. État de la veille, toux, dyspnée, respiration bruyante, prostration. — Même traitement.

Mort le soir, vingt-deuxième jour de la maladie.

Nécroscopie, trente-six heures après la mort. Cadavre peu amaigri. — *Cavité crânienne*. Méninges un peu injectées à la convexité ; cerveau consistant , légèrement sablé ; peu de sérosité dans les ventricules. — *Cavité thoracique*. Engouement hypostatique des deux poumons ; bronches gorgées de mucus, légèrement injectées, cœur normal. — *Cavité abdominale*. Estomac très-sain , intestin grêle, contenant deux vers lombricoïdes ; à quelque distance du cæcum, l'iléon est parsemé de nombreux follicules isolés, saillants , blanchâtres, semblables à de petits tubercules (psorentérie). Plusieurs plaques de Peyer sont tuméfiées, grisâtres ou rosées (plaques gaufrées). Cinq ou six sont largement ulcérées. Quelques ulcérations sont rouges et environnées d'injection ; d'autres sont pâles et comme opérées par un emporte-pièce. Le cæcum est criblé d'ulcérations de cette dernière

espèce. Le tube intestinal offre dans toute son étendue des arborisations disséminées. Le mésentère est parsemé de glandes engorgées. Rate un peu ramollie. Les organes sont sains, y compris les nerfs sciatiques où avait paru siéger la douleur.

Les douleurs dont il vient d'être parlé accompagnent ordinairement seulement la période initiale de la maladie; on les a vues cependant reparaître pendant la défervescence (Wunderlich, *loc. cit.*, p. 321).

§ 21. — La perversion de la sensibilité, consistant en *sensations anormales*, est infiniment plus rare que les symptômes précédents et ne paraît avoir été observée qu'en coïncidence avec quelques-uns d'entre eux. Nous rangeons ici les sensations de fourmillements, de picotements qui sont accusés par un certain nombre de malades dans les extrémités ou le long de la colonne vertébrale (1). Ces sensations accompagnent quelquefois les autres symptômes spinaux du début de la fièvre typhoïde (Wunderlich).

§ 22. — Chez un certain nombre de malades, on observe une *analgésie* (2) plus ou moins étendue et complète, et obéissant plus ou moins dans sa distribution aux lois propres aux symptômes nés d'un trouble des fonctions spinales. Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer, si ce n'est pendant la convalescence, ce symptôme qui paraît être plus tardif et se présenter avec des allures beaucoup plus irrégulières que les accidents décrits dans le paragraphe 9 et suivants. Dans l'observation suivante, dont je dois la communication

---

(1) Voir l'obs. XII, § 38, n° 7 du relevé; Wunderlich, Muller, Griesinger, *loc. cit.*

(2) Voir Wunderlich, *loc. cit.*, p. 392; Griesinger, *loc. cit.*, p. 171; Muller, *loc. cit.*

à mon excellent collégue, M. Ranvier, on le voit occuper d'abord la partie supérieure du corps, puis envahir le bassin et les extrémités inférieures, de telle manière qu'il restait entre les deux régions analgésiques une zone circulaire, dont la sensibilité n'était pas altérée et qui entourait le corps comme une ceinture au niveau des épines iliaques antéro-supérieures. Au bassin et aux extrémités inférieures, l'analgésie s'accompagnait d'anesthésie. On remarquera d'ailleurs que cette malade présentait en même temps plusieurs des symptômes spinaux précédemment décrits.

Obs. XVI (recueillie par M. Ranvier, dans le service de M. Hérard). — *Fièvre typhoïde, douleurs au cou, symptômes thoraciques, analgésie de la partie supérieure du corps, dysphagie, rachialgie dorso-lombaire, analgésie et anesthésie du bassin et des extrémités inférieures, paralysie incomplète des extrémités; guérison.* — La nommée Hélène W....., âgée de 20 ans, est originaire d'Alsace. Elle habite Paris depuis trois mois; elle est placée comme cuisinière dans une maison où elle a beaucoup de fatigues. Sa chambre est éclairée par une petite fenêtre qui donne dans l'intérieur d'un appartement. Sa santé habituelle est excellente, sa menstruation est régulière. Elle n'a jamais éprouvé de phénomènes hystériques. Elle nous raconte seulement qu'elle est impressionnable, et que la moindre contrariété la fait pleurer. Au commencement de décembre 1862, cette jeune fille éprouva les premières atteintes de sa maladie. Elle perdit l'appétit, ses forces s'affaiblirent; elle fut tourmentée par de fréquentes céphalalgies. Néanmoins elle continua son travail, et c'est seulement un mois après, le 2 janvier 1863, qu'une fièvre intense, développée brusquement, la força de garder le lit. Elle eut aussi, à cette époque, des vomissements et une diarrhée légère qui ne l'a pas abandonnée.

Le 6 janvier, elle est conduite à l'hôpital Lariboisière, et placée dans le service de M. le Dr Hérard (salle Sainte-Mathilde, lit n° 4). A l'expression typhoïde du visage s'ajoute celle de l'inquiétude. La face est vultueuse, baignée de sueur. Il y a une céphalalgie continue,

de l'insomnie à laquelle se mêlent des rêves pénibles et du bourdonnement d'oreilles. Il n'y a pas eu d'épistaxis, la langue est blanche et sèche. Il y a perte complète de l'appétit, de la diarrhée peu abondante. Une pression légère, exercée au niveau de la fosse iliaque droite, y éveille une douleur obscure et y détermine du gargouillement. Le pouls est à 120; la peau est chaude mais non sèche. *La respiration est pénible, les mouvements en sont accélérés, l'examen de la poitrine ne fournit aucun signe stéthoscopique.* Malgré l'absence des taches, l'ensemble des autres symptômes fait admettre une fièvre typhoïde à forme indéterminée jusqu'alors. — 2 verres d'eau de Sedlitz, bouillons.

Le 9. *La dyspnée est très-grande, l'auscultation ne révèle rien dans la poitrine.* La diarrhée continue, la face est vultueuse et non cyanosée. Il y a eu plusieurs épistaxis peu abondantes Le pouls est à 130. — Potion avec musc, 50 centigr.; ventouses sèches à la base du thorax.

Les 10, 11 et 12, le même état persiste; il y a de nouvelles épistaxis.

Le 13. Comme on remarque que *depuis quelques jours la malade se plaint de souffrir dans le cou,* on examine cette région. *La pression exercée sur les apophyses épineuses de toutes les vertèbres cervicales y révèle une vive douleur.* Cette douleur est surtout très-forte au niveau de l'atlas. On songe alors à étudier la sensibilité, et l'on voit qu'il y a une *analgésie complète de toute la partie supérieure du tronc, à partir d'une ligne circulaire passant par les épines iliaques antéro-supérieures. L'analgésie se rencontre aussi sur les membres supérieurs; elle s'arrête en haut au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur.* Autant qu'on peut en juger sur une personne affaiblie par une maladie aiguë, il y a aussi une paralysie incomplète du mouvement des membres supérieurs. — Les jours suivants, la dyspnée cède peu à peu. On s'aperçoit alors d'une *dysphagie* qui tourmente beaucoup la malade. On examine plusieurs fois l'arrière-gorge, sans y rien voir d'anormal : il n'y a pas de taches. La diarrhée persiste. — La potion au musc (0 gr. 50) est continuée.

Le 20, surviennent de nouvelles épistaxis. La fièvre a diminué, l'appétit est revenu; la malade demande à manger. *Elle souffre*

toujours à la région cervicale. La dysphagie n'est plus douloureuse, mais elle persiste encore, et fait éprouver la sensation d'une barre placée transversalement dans le pharynx. *L'analgésie occupe toujours la moitié supérieure du tronc.* Les jours suivants la convalescence paraît établie; la malade se lève et mange avec appétit.

Le 25, elle essaye de se lever, mais ses jambes refusent de la porter. Elle se plaint alors d'une *douleur à la région dorso-lombaire* de la colonne vertébrale. Cette douleur est *augmentée par la pression sur les apophyses épineuses*. La malade peut encore mouvoir ses jambes dans son lit, *mais elle ne peut en détacher les talons.* A l'analgésie de la portion supérieure du tronc, qui a persisté, s'ajoute alors l'*analgésie du bassin et des membres inférieurs. Une seule bande circulaire est restée sensible. Cette bande entoure le corps comme une ceinture au niveau des épines iliaques antéro-supérieures.* La face a conservé toute sa sensibilité et toute son expression; la sensation du chaud et du froid paraît conservée. *Il n'en est pas ainsi de celle de la nature et de la forme des corps.* Pendant quatre jours on étudie cette singulière paralysie.

Le 29, M. Hérard, voyant qu'il n'y a pas une tendance bien marquée vers la guérison naturelle, ordonne l'application d'un *vésicatoire sous forme de ruban, occupant toute la hauteur de la colonne rachidienne.* Deux jours après, le 1er février, *le mouvement et la sensibilité sont complètement revenus.* On rencontre pourtant encore une *surface analgésique* de 10 centimètres sur 15 *au niveau de l'épigastre.* — Le 7 février, *la sensibilité est revenue sur ce point.* Le rétablissement est complet. — Dix jours après, cette jeune fille quitte l'hôpital dans un excellent état de santé.

L'analgésie n'est pas toujours un symptôme aussi indifférent que dans cette observation. M. Wunderlich dit qu'il l'a vue parfois être suivie d'ulcérations et d'eschares aux extrémités.

Ajoutons que chez une malade de Forget, à côté d'autres symptômes spinaux d'une haute gravité, il y avait évidemment une *abolition de la sensibilité musculaire.* La malade

disait ne plus sentir ses jambes. (Voir obs. XII, § 19.)Nous avons ainsi épuisé à peu près complétement la liste des troubles de la sensibilité que l'on décrit à l'occasion des diverses affections de la moelle, et nous avons montré qu'il n'en est pas un qui ne puisse s'associer à l'ensemble des phénomènes morbides qui forment le tableau symptomatique, si mouvant et si compliqué, de la fièvre typhoïde.

II. — Troubles des fonctions motrices de la moelle.

§ 23. — Si nous avons consacré à la description des troubles de la sensibilité de longs développements, nous sommes par contre forcé d'être assez bref au sujet des troubles de la motilité. Non point que ces symptômes aient moins d'importance que ceux de la première série ; loin de là, nous croyons que la moelle joue un rôle très-considérable dans les troubles de la motilité, qui éclatent souvent dans le cours de la fièvre typhoïde, et que la plupart d'entre eux sont impossibles à concevoir sans admettre un désordre survenu soit dans les fonctions médullaires (1), soit dans les rapports qui les unissent, à l'état normal, aux fonctions cérébrales (2). Que l'on veuille bien remarquer que, sauf la paralysie complète du coma typhoïde, toutes les paralysies que l'on observe dans les fièvres typhoïdes

---

(1) M. Lebert (*Handb.*, etc., t. I, p. 137) range parmi les symptômes spinaux de la fièvre typhoïde le tremblement musculaire, les contractions tétaniques, les accès convulsifs, les paralysies locales, telles que la paraplégie; et M. Wunderlich se prononce à peu près dans le même sens (*loc. cit.*, p. 377 et 378), ainsi que M. Muller (*loc. cit.*).

(2) Rappelons qu'il ne s'agit ici que de la moelle épinière proprement dite ou des muscles innervés par ses racines, et que le bulbe n'est pas en cause.

n'ont aucunement les caractères des paralysies cérébrales, et, mettant de côté les paralysies limitées, d'origine périphérique, celles dues à des complications cérébrales accidentelles, et certaines paralysies de la vessie et du rectum, il n'en est guère qui puissent avoir une autre source que la moelle. Quant aux convulsions toniques et cloniques, il n'est pas encore démontré que, alors même qu'elles ont une origine cérébrale, la moelle épinière soit à leur égard un conducteur passif qui en transmettrait simplement le signal aux muscles. Il sera peut-être possible de montrer un jour que dans ces cas mêmes, la moelle, troublée dans les influences réciproques qui établissent, à l'état normal, l'équilibre entre ses fonctions et celles du cerveau, intervient à son tour en exerçant une action morbide, et doit ainsi réclamer au moins sa part dans la pathogénie des accidents. Cette pensée n'est pas nouvelle, et ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a rattaché *directement* à un trouble fonctionnel de la moelle (par exemple à une exaltation du pouvoir réflexe, qui se trouverait soustrait au contrôle de l'influence cérébrale, ainsi dans l'hydrocéphalie aiguë)(1) des convulsions tétaniques, dont le point de départ éloigné se trouve incontestablement dans le cerveau. Je ne parle pas des convulsions épileptiformes qui ne se produisent probablement jamais en dehors de la participation du pont de Varole.

Il y aurait par conséquent à faire une première classe des troubles de la motilité, qui ont une origine exclusivement spinale ; et, pour les autres, à rechercher la part qui en revient au cerveau d'une part, à la moelle de l'autre.

---

(1) Voir Buhl, *Ueber den Wassergehalt im Gehirn bei Typhus*, in *Zeitschrift für rationelle Med.*, t. IV, 3e série.

Ce serait un travail de longue haleine, et je suis d'autant moins en mesure de l'entreprendre en ce moment, qu'il exigerait, pour être fait utilement, plusieurs prémisses physiologiques que nous ne possédons pas.

Je désire seulement, pour le moment, mettre en lumière quelques troubles de la motilité, dont l'origine spinale n'est pas bien difficile à démêler, et qui surviennent en dehors de toute influence cérébrale. Ce sera au moins un pas de fait vers la solution des autres questions.

Nous jetterons successivement un coup d'œil sur les symptômes soit paralytiques soit spasmodiques, convulsifs, etc., qui se manifestent dans les muscles soumis plus ou moins directement à l'empire de la volonté. Nous dirons ensuite un mot des troubles des mouvements réflexes, involontaires. Il resterait, pour compléter le cadre, à parler des désordres qui peuvent survenir dans les fonctions des nerfs vaso-moteurs, mais c'est là un point qui doit rester réservé à des recherches ultérieures.

§ 24. — *Symptômes paralytiques.* La sensation d'abattement extrême que la plupart des malades éprouvent dès la période prodromale de la fièvre typhoïde est bien connue, et c'est souvent un des meilleurs signes pour reconnaître cette maladie dès son début, mais on n'a pas autant remarqué que chez beaucoup de sujets la parésie, reconnue subjectivement par le malade ou constatée directement, est bien plus prononcée dans les extrémités inférieures (1) que dans le reste du système musculaire. On trouve presque toujours, dans ces cas, en cherchant bien, quelques points d'hyperesthésie spinale,

---

(1) Voir l'obs. VII *bis*.

ou bien les malades éprouvent des douleurs lombaires comme dans la variole. On ne peut plus alors, comme pour l'affaiblissement général de tout le système musculaire, penser à une altération directe, à une perversion de nutrition de la substance contractile, ou à une influence cérébrale. C'est encore à la moelle qu'il faut revenir. Celà est bien plus évident encore lorsqu'il existe un véritable engourdissement ou une paralysie incomplète des extrémités, comme dans les observations IX (§ 17), XVI (§ 22), XXVII (§ 35), XXIII (§ 31), XXVI (§ 35), XXIX (§ 40)(1) On voit ici les symptômes dont il s'agit se rattacher de la manière la plus intime à d'autres accidents, qui ne peuvent laisser subsister aucun doute. Chez la malade de l'obs. XVI, la paralysie incomplète des extrémités supérieures s'associe à une douleur cervicale, à l'analgésie de la moitié supérieure du tronc, celle des extrémités inférieures à leur analgésie, et à la rachialgie dorso-lombaire. Dans l'obs. IX, l'engourdissement des extrémités supérieures est précédé de douleurs à la nuque, entre les épaules, au dos et dans la région lombaire, de dysurie. La malade de M. Piorry (obs. XXVII) accusait à la fois un engourdissement des extrémités supérieures et une douleur cervicale violente, avec roideur musculaire. Ailleurs, l'engourdissement des extrémités inférieures succède à la rachialgie et coexiste avec l'hyperesthésie dorso-spinale (obs. XXIX). Un autre malade a de la rachialgie et de l'hyperesthésie cervico-dorsale et lombaire; des douleurs entre les épaules et dans le bras gauche; puis celui-ci s'engourdit et présente de la roideur; la roideur envahit la nuque et la mâchoire; les jambes s'engourdissent à leur tour, ainsi que le bras droit (obs. XXVI).

(1) Voir en outre Hirsch, Lebert, Muller, *loc. cit.*

En laissant de côté la faiblesse des extrémités inférieures, qui existe dans la période prodromale, et qui s'efface plus tard, absorbée par l'adynamie musculaire générale, nous entrons ici dans les périodes moyenne et finale de la maladie, et nous arrivons au début de la convalescence où s'arrête le cadre que nous nous sommes tracé.

Les paralysies spinales complètes des muscles de la vie animale sont fort rares dans le cours de la fièvre typhoïde. Notre obs. XXIII (§ 31) en offre un exemple tout au début de la maladie. La malheureuse enfant, atteinte d'une hyperesthésie excessive des apophyses épineuses, de l'abdomen et des extrémités inférieures, ne pouvait soustraire ses extrémités inférieures à l'exploration douloureuse de leur sensibilité. C'était une paraplégie presque complète. Il en était de même chez la malade de l'observation XVI, qui ne pouvait détacher ses talons du lit (troisième septénaire approximativement). Dans l'épidémie de Fresnes, la paraplégie, plus ou moins complète, dont furent affectés dix malades, apparut au commencement du troisième septénaïre, accompagnée d'une exaltation assez vive de la sensibilité cutanée. La plupart de ces malades, d'après les renseignements fort incomplets donnés par M. Bourgogne, qui ne les a pu suivre longtemps, guérirent sans qu'aucun traitement actif ait été employé. « Un seul, dit M. Bourgogne, périt dans une attaque épileptiforme..... Chez ce dernier, quelque temps avant sa mort, on avait observé une amélioration assez notable en ce qui avait trait à la vive sensibilité de sa peau ; mais la paralysie musculaire étant toujours la même, on crut pouvoir administrer, avec une extrême prudence pourtant, quelques grains de strychnine (1 grain en quatre pilules) ; mais, un léger état tétanique se manifestant, on cessa aussitôt l'usage de ce moyen pour

en venir à un traitement révulsif, ce qui n'empêcha pas, comme nous l'avons dit, le malade de succomber. » Il n'est point douteux que la terminaison fatale, dans ce cas, ne doive être mise sur le compte de l'emploi intempestif de la strychnine. La malade de l'obs. XVI recouvra assez rapidement l'usage de ses membres, et il en a été de même dans les cas de simple engourdissement des extrémités.

Une malade de M. Bourgogne fut moins heureuse. La paralysie, qui s'étendit aux quatre membres et parut même menacer un instant les muscles inspirateurs, persista quoique atténuée.

Obs. XVII. — La malade dont il s'agit fut atteinte, vers le dixième ou le douzième jour de la fièvre typhoïde, d'une paraplégie incomplète avec irradiations douloureuses dans les extrémités inférieures. « La percussion et la pression exercées le long de la colonne vertébrale étaient douloureuses; et, ici, un très-grand danger vint menacer brusquement la malade; car l'état morbide ci-dessus mentionné, qui primitivement avait atteint les extrémités inférieures, puis les extrémités supérieures, s'attaqua bientôt aux puissances respiratoires. Une asphyxie parut imminente; la voix était à peine perceptible; la fièvre assez prononcée. L'état des forces de la malade permettant encore l'usage des déplétions sanguines, une forte saignée fut pratiquée; plusieurs applications de sangsues furent faites le long de la colonne vertébrale; en un mot, on mit en usage, autant que les circonstances le permirent, le traitement antiphlogistique. Sous son influence, la respiration reprit son type normal, la sensibilité morbide disparut peu à peu; mais la motilité ne fut jamais complétement rétablie. »

Les phénomènes paralytiques dont il vient d'être parlé ne paraissent pas s'être accompagnés de rétention ou d'incontinence d'urine. La constipation, par contre, s'associe assez souvent aux divers symptômes spinaux de la fièvre typhoïde. Quant à la rétention d'urine, elle a été notée

au début de la convalescence chez la malade de l'obs. VI (§ 11), chez une malade dont M. le professeur Schutzenberger nous a communiqué l'observation, et l'incontinence de l'urine et des matières fécales est mentionnée dans l'obs. XX (§ 26). Dans tous ces cas, des symptômes spinaux plus ou moins graves avaient existé pendant le cours de la maladie. Remarquons du reste qu'il n'est pas rare d'observer la rétention d'urine au moment où la convalescence s'établit, dans des cas où les fonctions de la moelle n'avaient pas présenté de troubles bien évidents dans le cours de la maladie. Cette rétention d'urine est ordinairement tout à fait passagère et guérit d'elle-même. Chez le malade de l'obs. III (§ 10), l'incontinence d'urine survint, paraît-il, quand la guérison était à peu près complète et persistait encore au bout de quelques semaines.

§ 25. *Symptômes spasmodiques, etc.* — La rétention d'urine n'a pas toujours la signification qui lui est ici assignée. Elle peut se manifester dès le début, accompagnée de divers symptômes spinaux de nature irritative; elle est probablement due alors à un spasme du sphincter vésical. C'est ainsi que la malade de l'obs. X, § 17, éprouvait une si grande difficulté à uriner, qu'elle était obligée de se mettre sur les genoux, et encore l'émission était-elle très-lente et très-difficile. Ce symptôme a été observé plusieurs fois par M. Muller dans l'épidémie de Calw.

Nous voici arrivé à la classe des phénomènes spasmodiques, convulsifs, etc., c'est-à-dire à la partie de notre sujet à laquelle nous pouvons consacrer le moins de développements. Nous nous bornerons aux remarques suivantes :

Chez quelques sujets, les muscles respiratoires sont le siége de phénomènes spasmodiques graves que l'on ne peut rapporter à une affection des voies respiratoires, ni à un désordre des fonctions cérébrales. Nous avons parlé plus haut (§ 20) de faits de ce genre dans lesquels ces accidents s'accompagnent, selon toute apparence, d'un endolorissement des muscles respiratoires. Dans d'autres cas, où il n'en est plus de même, il existe d'autres phénomènes spasmodiques. C'était le cas dans les deux observations suivantes, qui m'ont été communiquées, la première, par M. le professeur Schutzenberger, la seconde, par M. le Dr Benckard, de Kaisersberg.

Obs. XVIII. — *Fièvre typhoïde adynamique, roideur de la nuque, des mâchoires, des coudes et des poignets; convulsions faciales, respiration convulsive, pyémie. Mort.* — Birkel (Madeleine), 36 ans, servante d'hôpital, entrée le 1er décembre 1861 à la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg (salle 48, lit n° 11; service de M. le professeur Schutzenberger).

2 décembre. Constitution vigoureuse, tempérament sanguin; bien réglée, face injectée, rouge; peau chaude, pouls plein, résistant, à 100. Malade depuis quatre jours: inappétence, soif vive, bourdonnements d'oreille, maux de tête; langue recouverte d'un enduit épithélial, rouge à la pointe et sur les bords; point d'épistaxis; rien d'anormal du côté de la poitrine; quatre selles liquides pendant la nuit; taches rosées lenticulaires sur le ventre; gargouillement assez marqué dans la fosse iliaque droite; pas de douleur à la pression; température : 39°,5 le matin, 41° le soir. — Lotions froides, limonade gazeuse, lait.

Le 3. Moins de fièvre, la peau est moins chaude; le ventre est ballonné, la vessie remplie; trois selles demi-liquides la nuit; langue plus humide.

Le 4. La malade est plus affaissée qu'hier; narines pulvérulentes, langue plus rouge, ventre ballonné; une selle liquide; peau plus chaude, 40°.

Le 5. La peau est moins chaude (39°), l'abdomen assez élevé ; pas de selle dans la nuit, vomissement, transpiration abondante. — On continue les lotions froides.

Le 6. A eu ses règles cette nuit; langue sèche, ventre élevé mais souple, trois selles liquides dans la nuit, urine bien. — Même prescription.

Le 7. Les règles ont peu coulé; léger délire dans la nuit, taches rosées bien dessinées, ventre très-élevé, sonore, non douloureux. — Compresses froides sur le ventre.

Le 8. État de somnolence habituel, narines pulvérulentes, langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre très-épais, rouge à la pointe; ventre très-ballonné, mais souple; rien d'anormal dans la poitrine, fièvre toujours intense (40°,5).

Le 9. Même état qu'hier; a eu deux selles abondantes dans la nuit, urines involontaires, température 40°.

Le 10. La malade est un peu plus éveillée; figure plaquée, langue humide, ventre très-ballonné, plusieurs selles liquides, urines involontaires. — Lotions fraiches, lavement apéritif.

Le 11. Pouls à 104, température, 38°, langue humide, quatre selles abondantes, dont trois involontaires. — Même prescription.

Le 12. Décubitus dorsal, stupeur, bouche entr'ouverte, dents luisantes, lèvres sèches, langue sèche, mais encore humide, tremblement des membres, pouls fréquent, très-petit; ventre fortement ballonné, pas de selle, urines involontaires. — Vin de Malaga ; lotions de vin aromatique, lavement dans la journée.

Le 13. Température à 40°, pouls onduleux, petit; *roideur de la nuque et de la mâchoire,* stupeur profonde, lèvres sèches, dents fuligineuses, une selle liquide, urines involontaires, affaissement notable. — Lotions froides, vin de Malaga et lotions de vin aromatique conditionnellement.

Le 14. Température à 40°; le pouls, à 90°, s'était un peu relevé hier; aujourd'hui, il est de nouveau petit, onduleux; pas de selle, urines involontaires, stupeur profonde, dents luisantes, très-sèches; la langue est un peu plus humide qu'hier, rien d'anormal dans la poitrine. — Vin de Malaga, lotions vineuses, deux sinapismes aux mollets.

Le 16. Depuis hier, la malade est un peu plus éveillée; elle répond aux questions, la langue est plus humide, *toujours roideur de la nuque et des mâchoires*, ventre ballonné dans la nuit, trois selles involontaires, pouls hier soir 41°, ce matin 40°. — Frictions sur le ventre avec un mélange d'éther, 3 parties, et d'essence de térébenthine, 2 parties ; 3 cuillerées de vin de Malaga.

Le 17. Joues plaquées, langue plus humide, ventre moins ballonné, trois selles involontaires ; fesses érythémateuses, râles sibilants et sous-crépitants abondants à la base des deux poumons ; pouls très-petit, très-dépressible, plus fréquent ; température, 40°. — 2 vésicatoires volants, laissés en place pendant deux heures, sur la poitrine, le matin, et 2 aux cuisses le soir, vin de Malaga.

Le 18. Un peu plus éveillée qu'hier ; les autres symptômes persistent, deux eschares superficielles au siége. — Vésicatoire volant à la poitrine, vésicatoire à la nuque.

Le 19. Le pouls s'est un peu relevé, la température est à 37 ,5 tremblement de la mâchoire et des mains, *roideur des articulations du coude, du poignet, de la nuque* ; lèvres sèches, langue assez bonne, ventre assez souple, non ballonné ; trois selles involontaires, respiration fréquente, râles sous-crépitants à la base des poumons. — Vésicatoire volant sur la poitrine ; vin de Malaga, lait, quelques cuillerées de potage.

Le 20. La malade paraît un peu plus éveillée, la bronchite est moins intense. — Laudanum contre la roideur.

Le 21. Teint bleuâtre, narines pulvérulentes, langue sèche, *respiration fréquente, convulsive ; la roideur extrême des membres et de la nuque paraît vouloir s'étendre aux muscles de la respiration* ; ventre assez souple, deux selles. — Sinapismes aux cuisses ; tous les quartsd'heure une cuillerée de vin.

Le 23. La figure est un peu plus éveillée, la peau moins chaude (38°), le pouls excessivement faible, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, crémeux ; ventre ballonné, pas de selle, respiration fréquente, toux, râles sous-crépitants. — Collutoire au borax, sulfate de quinine 0.50 et laudanum 6 gouttes en lavement ; 2 panades.

Le 24. Hier, léger délire, carphologie. Ce matin, la malade est un peu mieux, faiblesse très-grande. — Sinapisme, looch avec teinture de cannelle, 4 gr. et camphre, 1 gr.

Le 25. Même état.

Le 26. Figure plus éveillée, *la roideur des membres et de la nuque a diminué,* ventre assez élevé, les narines ne sont plus pulvérulentes, contractions des muscles zygomatiques, la malade tousse toujours, respiration fréquente. — Camphre, 0 gr. 50.

Le 27. La figure est plus éveillée, la peau moins chaude (38°). La malade a expectoré hier quelques crachats épais. Le soir, lèvres sèches, narines pulvérulentes, respiration difficile, quelques râles à distance. — 2 vésicatoires volants ; gelée de viande.

Le 29. La malade est plus éveillée, sensibilité moins obtuse : *elle se plaint d'avoir des douleurs partout ;* tremblement, mouvements respiratoires saccadés, *convulsions des petits muscles de la face,* ventre ballonné. La malade ne veut plus prendre sa potion. — Frictions d'éther et d'essence de térébenthine, lavement de lait miellé ; camphre, 0 gr. 50 en 10 pilules.

Le 30. Va assez bien, n'a eu qu'une selle demi-liquide, le ventre est encore ballonné. Le soir, le ballonnement a notablement augmenté, la respiration est très-difficile. — Lavement apéritif.

Le 31. Le ballonnement est tombé, quatre selles dans la nuit, les narines sont de nouveau pulvérulentes, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, l'eschare de la fesse droite est plus grande qu'une pièce de 5 francs. Tout autour, sur un espace de la grandeur de la paume de la main, il y a un empâtement profond. De nombreuses pustules d'ecthyma, existant depuis plusieurs jours, ont crevé, donnant naissance à de petites ulcérations. — Pansement au tannate de plomb ; quelques bouchées de poulet.

1er janvier. Trois ou quatre selles liquides, ventre moins ballonné.

Le 2. Figure éveillée, langue bonne, ventre souple, deux selles dans la nuit, fort frisson au moment de la visite. — Malaga ; lavement avec 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Le 3. A eu un frisson hier, a un peu toussé ; le matin, figure très éveillée ; *encore quelques petits mouvements convulsifs des muscles de la face,* ventre souple, une selle moulée hier, température normale, pouls fréquent, petit. — Lavement sulfate de quinine.

Le 4. La malade va bien, elle est calme, langue blanche, peau normale, pouls petit, fréquent. — Gelée de viande.

Le 6. Hier, la malade allait assez bien; aujourd'hui, elle a la figure plus altérée, la peau un peu chaude. (Hier soir, la température était à 40°.) La respiration est plus difficile, la malade tousse, le ventre n'est pas ballonné, le pourtour des eschares, toute la partie postérieure des cuisses, sont couverts d'une foule de petites ulcérations noirâtres, gangréneuses; vers le soir, la respiration devient plus difficile; la malade se refroidit et meurt à une heure du matin.

Autopsie. Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cæcale, on remarque une surface irrégulière, allongée, mesurant environ 1 centimètre dans son plus grand diamètre, et d'une coloration ardoisée, tenant évidemment à une hyperémie antérieure. Plus haut, plusieurs plaques de Peyer présentent encore une coloration rouge foncée. A 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale, une plaque plus petite, de couleur ardoisée, présentant à son centre une dépression cicatricielle. Plus haut, une autre de 3 centimètres de long et d'une teinte violacée, puis une plaque avec perte de substance de la muqueuse de la grandeur d'une lentille. Toutes ces lésions ne remontent pas à plus de 60 centimètres de la valvule. Point de traces de plaques dures, pas d'eschares, pas d'ulcérations dans le gros intestin, traces d'hyperémie.

A la surface des deux poumons, surtout à la partie antérieure, on remarque six ou huit petites tumeurs du volume d'un haricot à celui d'une noisette, constituées par des infarctus et contenant à leur centre quelques gouttelettes de pus. Les lobes moyens et inférieurs du poumon droit sont de couleur rougeâtre, denses, plus friables, et présentant tous les caractères de la pneumonie. La muqueuse bronchique est d'un rouge foncé, augmentée de volume, veloutée, recouverte de mucosités peu abondantes.

Le cerveau et les autres viscères n'ont pas pu être examinés.

Obs. XIX. — *Fièvre typhoïde ataxique, dysphagie, contracture tétanique des membres, accès d'étouffement, syncope mortelle.* — Mlle S....., âgée de 17 ans, bien réglée depuis deux ans, d'un tempérament nerveux, et paraissant habituellement bien portante, fut prise le 18 mai de maux de tête, de douleurs abdominales et d'un sentiment de courbature générale; de plus, elle se plaignait d'anorexie et d'une soif intense.

Le 19, mêmes symptômes, diarrhée. La nuit du 19 au 20 fut très-agitée, délire, rêvasseries.

Le 20, je fus appelé auprès de la malade, et je la trouvai dans l'état suivant : décubitus dorsal, face pâle et inquiète, peau sèche et brûlante, pouls à 115, sueurs, langue fuligineuse, couverte d'un enduit assez épais; pas de bourdonnements d'oreille, pas de surdité; l'intelligence est conservée, la malade répond aux questions qu'on lui fait. Le ventre est un peu météorisé, assez douloureux, et il se produit du gargouillement dans la fosse iliaque. — Calomel à dose fractionnée, lotions avec eau vinaigrée, bouillon en petite quantité.

Le 21. La journée du 20 fut assez bonne; la malade était un peu plus tranquille; mais, pendant la nuit, le délire revint avec plus d'intensité; il était accompagné de soubresauts de tendons et de carphologie. Lorsque je la vis, le matin, la température était toujours très-élevée, le pouls à 120; la céphalalgie était beaucoup plus intense, *la déglutition difficile, ainsi que les mouvements de la mâchoire inférieure.* — Même traitement; glace sur le front, application de compresses froides à la nuque.

La nuit du 21 au 22 fut mauvaise, le délire fut plus violent, et les soubresauts de tendons presque continus.

Le 22, le professeur Schützenberger eut l'obligeance de voir la malade avec nous. La malade était dans le décubitus dorsal, yeux fixes mais sans strabisme, bouche largement entr'ouverte, *déglutition impossible, contracture tétanique des membres* presque continue. La malade ne peut répondre à nos questions, elle ne reconnaît presque plus les personnes qui l'entourent; la peau était très-brûlante, le pouls à 125, le météorisme du ventre avait diminué. — Vésicatoire à la nuque, glace sur le front, frictions avec l'huile de jusquiame laudanisée le long du rachis, lotions froides souvent répétées, lavement avec musc.

Le 23, huit heures du matin, même état. — Même traitement.

Six heures du soir. Journée mauvaise. La malade a eu plusieurs *accès d'étouffement.* Cependant l'intelligence était un peu plus nette, car, dans ses moments de repos elle avait, à plusieurs reprises, porté la main à la bouche. Au fond de l'arrière-gorge, je découvris un amas assez considérable de mucosités, que je pus ex-

traire avec une pince; une heure après la malade est plus tranquille. — Même traitement; une affusion froide.

Le 24. La nuit a été un peu plus calme; *la malade a pu avaler plus facilement*, ainsi que pendant toute la journée. — Le soir, nouvelle affusion froide.

Le 25. La nuit a été assez bonne. Je lui fis une affusion froide, à la suite de laquelle elle eut une syncope qui se prolongea jusqu'à sa mort arrivée trois heures après.

Les affusions froides qui avaient été données duraient quinze secondes au plus.

§ 26. — Un certain nombre d'individus atteints des accidents spinaux sensitifs se plaignent d'une roideur des extrémités ou du cou. Chez ceux qui ont de la rachialgie, la roideur de la nuque ou de quelques muscles du cou n'est pas rare. C'est une véritable contracture, quelquefois de légères secousses convulsives (Dietl), dont l'apparition et la durée sont en harmonie avec les troubles de la sensibilité (1). Chez une de nos malades, il y eut, pendant deux jours, une contracture des muscles fléchisseurs des jambes. Voici cette observation.

Obs. XX.— *Fièvre typhoïde, hyperesthésie cutanée et spinale, contracture des fléchisseurs des jambes, incontinence de l'urine et des matières fécales, mutisme, idiotie ; amélioration notable.* —Alexandrine Fabre, âgée de 5 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 7 août 1862, salle Sainte-Mathilde, lit n° 9, service de M. Barthez.

Renseignements donnés par les parents. Bonne santé habituelle. L'enfant a été prise, le 31 mars, vers le soir, de fièvre et de céphalalgie. Depuis ce moment, elle a tout à fait perdu l'appétit. Elle garde le lit depuis le 2 avril. Diarrhée abondante, jaune, depuis le début. Pas d'épistaxis ni de vomissements. Dans la journée, diarrhée abondante, jaune, fétide. Insomnie et agitation pendant la nuit.

---

(1) Voir les obs. XXVI, XXVII et XXX; Dietl et Muller, *loc. cit.*

État actuel, le 8 avril. Teint terreux, mat, jaunâtre; abattement très-marqué, assoupissement, lenteur des mouvements; lèvres sèches, narines un peu croûteuses; respiration assez fréquente; enduit blanc sur les gencives; langue blanche, un peu collante; peau chaude, sèche; pouls fréquent, assez fort; ventre un peu élevé; quelques taches rosées fraîchement écloses.

La peau est le siége d'une hyperesthésie extrêmement prononcée aux extrémités inférieures, à l'abdomen et au thorax; on ne peut la soulever en pli sans provoquer des cris aigus, et il suffit du contact de la main pour que l'enfant grimace et cherche à se soustraire à l'examen. En outre, *il y a un peu de contracture des fléchisseurs des jambes,* qui sont fléchies à angle aigu, et que l'on ne peut redresser, même incomplétement, sans rencontrer une résistance assez énergique; *l'hyperesthésie est beaucoup moins prononcée aux extrémités supérieures; la pression sur les apophyses épineuses est très-douloureuse dans toute la hauteur de la colonne vertébrale.*

Râles sibilants et muqueux très-nombreux dans le poumon gauche, sibilants seulement dans le poumon droit. — Bain, lavement d'eau de chaux et de camomille, cataplasmes; bouillons.

Plusieurs selles liquides, jaunes; pas de délire pendant la nuit; l'enfant se plaint seulement beaucoup.

9 avril. Ventre un peu élevé et étendu, quelques nouvelles taches, peau moins sèche, râles sibilants dans les deux poumons.

L'hyperesthésie cutanée et la rachialgie ont très-sensiblement diminué depuis hier, et la roideur des jambes a presque entièrement disparu; pas de changement dans les autres symptômes. — Huile de ricin.

Selles nombreuses, fétides; l'enfant prend avec peine un peu de bouillon. Un peu de délire et d'agitation pendant la nuit. L'enfant ne crie cependant plus aussi souvent que la veille; elle demande souvent à boire.

Le 10. Figure hébétée, stupide, pupilles dilatées; langue sèche, haleine fétide; peau médiocrement chaude, sans sécheresse; pouls très-fréquent, plus faible que les jours précédents; les taches pâlissent, ventre plus rénitent, abattement médiocre, l'enfant se tient

assez bien assise ; râles sous-crépitants à la base du poumon gauche, sibilants dans le reste du poumon. — Cataplasme, lavement d'eau de chaux et de camomille; limonade vineuse, sirop de quinquina, œuf.

Trois selles diarrhéiques; un peu de délire pendant la nuit, sans cris.

Le 11. L'enfant est toujours abattue, teint pâle; peau médiocrement chaude, sans sécheresse ; pouls fréquent, assez petit; l'enfant tousse un peu ; beaucoup de râles sous-crépitants à la base des deux poumons, pas de matité, le ventre est toujours sensible ; *il y a encore un peu d'hyperesthésie cutanée au ventre et aux membres inférieurs, et de même un peu de rachialgie.* — Même prescription.

La diarrhée continue, plus abondante; agitation et un peu de délire pendant la nuit; l'enfant ne crie plus.

Le 12. Pouls un peu moins petit; pour le reste, même état qu'hier. — Même prescription , et sous-nitrate de bismuth, 4 grammes, dans le sirop de quinquina.

La diarrhée diminue un peu ; pas de délire pendant la nuit.

Le 13. Pas de changement, trois garde-robes diarrhéiques dans la journée et la nuit. L'enfant commence à se nourrir un peu. Pas de délire pendant la nuit.

Le 14. *L'hyperesthésie et la rachialgie sont de nouveau un peu plus prononcées;* l'enfant est moins abattue, elle se dresse spontanément sur son lit; il n'y a, du reste, pas d'autre changement appréciable. — Julep avec 2 grammes d'extrait de quinquina, lavement d'eau de chaux et de camomille.

L'hyperesthésie et la rachialgie disparurent du 15 *au* 16, et, à partir de la même époque, tous les accidents suivirent une marche entement décroissante.

Convalescence franchement établie le 22. A partir de la même époque, la malade laissa aller ses excréments sous elle ; elle cessa de parler, et parut à peu près complétement idiote pendant environ trois semaines. Sous l'influence d'un traitement reconstituant, de bains sulfureux, etc. etc., ces deux symptômes s'amendèrent vers le 18 mai, et avaient à peu près disparu lorsque l'enfant partit

pour la maison de convalescence, le 26 mai. La santé générale de l'enfant était déjà complétement satisfaisante à cette époque.

§ 27. — Nous ne parlerons pas ici des symptômes convulsifs plus étendus, tels que les convulsions tétaniques. L'expérience personnelle nous fait ici défaut et nous croyons, par conséquent, devoir réserver ce point pour de nouvelles recherches. Nous ne terminerons pas, toutefois, ce qui est relatif à cette classe de symptômes, sans dire quelques mots d'une forme de contractures qui a été observée, à certaines époques, chez un grand nombre de typhoïques : il s'agit de contractures qui se manifestent exactement avec les apparences si caractéristiques, et d'ailleurs peu variées, de la *tétanie* (contracture idiopathique). Il nous paraît du reste superflu d'en donner une description détaillée ; nous n'aurions qu'à reproduire celle qui se trouve dans nos traités classiques.

La contracture idiopathique des extrémités se montre assez souvent chez les sujets convalescents de fièvre typhoïde, mais, de même que la plupart des autres accidents nerveux que l'on observe dans ces conditions, elle peut également survenir à une époque beaucoup plus rapprochée du début. Chez deux malades observés, l'un par M. Hérard, et l'autre par mon regretté maître, Aran, l'invasion de la maladie a été en quelque sorte marquée par l'apparition des contractures. Elles survinrent au onzième jour de la maladie chez un jeune garçon du service de M. Barthez (1862). Généralement, toutefois, on ne les observe pas avant le troisième septénaire. Une fois qu'elles se sont montrées, elles se reproduisent, comme d'habitude, pendant un jour ou quelques jours, avec des intermittences plus ou moins longues, et disparaissent ensuite sans avoir

exercé une influence appréciable sur la marche de la fièvre typhoïde.

L'origine spinale de ces contractures ne peut guère être mise en doute. Elle paraît être acceptée par M. Trousseau, qui recommande parmi les moyens de traitement à employer, les applications de ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 121), et plusieurs auteurs se prononcent explicitement dans ce sens. Quelques-uns des faits observés par Aran (V. *Union médicale*, n° 85, 1855) (1) viennent fortement à l'appui de cette manière de voir. Plusieurs des malades qui furent atteints dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde eurent des prodromes, consistant en fourmillements, picotements, un peu d'engourdissement dans les membres. Dans quatre cas, les muscles du tronc ont été envahis; la contracture portait sur les extenseurs, donnant lieu à une roideur du tronc voisine de l'opisthotonos, et dans un cas, il y avait un léger trismus. Chez ce dernier malade, la parole et la déglutition étaient difficiles pendant les accès. En général, les malades conservaient un peu d'engourdissement et de sensibilité dans les membres affectés.

§ 28. *Mouvements réflexes*. — On a pu remarquer que dans les faits qui précèdent l'action réflexe de la moelle ne se trouve pas mentionnée parmi les fonctions atteintes dans leur jeu normal. Il est cependant certaines conditions dans lesquelles les manifestations de cette fonc-

---

(1) Voyez aussi Rabaud, *De la Contracture des extrémités chez les enfants* (*ibid.*, n° 97), et les thèses de MM. Delpech (1846) et Corvisart (1852).

tion la montrent soit exaltée, soit amoindrie à un degré très-évident. Tout le monde a sans doute été frappé par certains cas de fièvre typhoïde adynamiques ou ataxo-adynamiques dans lesquels, à mesure que les fonctions cérébrales tombent dans un affaissement de plus en plus profond, on provoque, en sollicitant les terminaisons périphériques des nerfs rachidiens sensitifs, des mouvements réflexes de plus en plus énergiques qui ne s'effacent qu'à l'approche de la mort. On en trouve un exemple dans l'observation suivante, dans laquelle l'hyperesthésie cutanée coexistante paraît d'ailleurs avoir été un des éléments pathogéniques de la vivacité des mouvements réflexes.

Obs. XXI. — *Fièvre typhoïde ataxo-adynamique, hyperesthésie cutanée, etc.; mort.* — Kork (Sophie), servante, 20 ans, entrée, le 20 février 1860, à la Clinique médicale de Strasbourg. Fille de bonne constitution, brune, de tempérament lymphatico-sanguin, ordinairement bien réglée et de bonne santé habituelle. Affectée, il y a trois semaines, de coryza intense et d'un rhume de peu de durée. Elle ne se rétablit pas, conserva un léger mouvement fébrile, de la céphalalgie, et s'alita le 13, ne pouvant continuer à se livrer à ses travaux. La fièvre s'était montrée intense avec frissons. La malade éprouvait de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, de la courbature. L'affection catarrhale s'était étendue à l'arrière-gorge; à plusieurs reprises la malade a eu des épistaxis.

Depuis deux jours l'état s'est aggravé. Pendant les deux dernières nuits passées en ville, la malade fut prise de délire avec agitation; la fièvre s'accrut notablement, la diarrhée augmenta.

État actuel. La malade n'est pas amaigrie. La face est colorée; le pouls petit, dépressible, conserve une notable accélération depuis hier soir (150); les lèvres sont sèches, encroûtées, les dents fuligineuses; gencives boursouflées, non saignantes. Langue humide sur les bords, chargée au milieu. La peau, un peu rude au toucher et sans moiteur, accuse, surtout aux parties centrales, une température élevée (42°).

Malgré cet état de la calorification, la malade conserve son intelligence nette et ne paraît pas affaissée. Tendance au subdélire, un peu de jactitation. Les réponses sont justes, mais lentes.

Le ventre souple, un peu élevé, est indolore, ne présente qu'un peu de gargouillement iliaque, sans exagération de sensibilité en ce point. Une seule tache rosée lenticulaire; trois selles liquides, peu abondantes, depuis hier.

La poitrine ne présente que quelques râles humides en arrière et vers la base du poumon droit. Un peu de toux, sans expectoration; voix enrouée, sans force; les règles, qui ont paru avant hier, persistent encore.

L'état général s'est notablement aggravé depuis douze heures. (*Diagnostic:* Fièvre typhoïde grave, ataxo-adynamique; tendance adynamique plus prononcée; dothiénentérie en voie d'évolution.) —Quatre lotions vinaigrées sur tout le corps; frictions sur le ventre avec liniment volatile.

Le 22. Hier, un peu de mieux; bon effet des lotions. Quatre selles volontaires peu abondantes. Dans la soirée et pendant la nuit, délire sans beaucoup d'agitation. La malade est restée éveillée pendant la journée et n'a pas présenté de tendance à la somnolence.

Ce matin, aspect typhoïde plus prononcé; somnolence marquée dont on la tire difficilement. Peau chaude, sèche (température, 42°,5); pouls, 150; ventre un peu plus élevé. La langue reste rose sur les bords; un peu plus de toux, quelques râles à droite et en arrière, pas d'expectoration, voix toujours enrouée, plus faible. — Bain, liniment volatile sur le ventre, 2 demi-lavements émollients, limonade, eau fraîche et petit-lait.

Le 23. Amélioration notable hier, après le bain et les lotions; moins de chaleur, un peu de faiblesse, intelligence plus éveillée. Pas de selles depuis hier matin, malgré un lavement laxatif donné dans la soirée; ventre élevé, météorisé, peu sensible; délire et agitation pendant la nuit; quelques soubresauts de tendons. La chaleur de la peau est plus élevée depuis hier à trois heures (42°,5), et redescendue ce matin.

A la visite, physionomie indifférente: lèvres sèches, brunes; dents fuligineuses, gencives boursouflées et saignant facilement;

nombreuses taches rosées sur le ventre, la poitrine et les bras; rien sur les membres inférieurs, urines involontaires; une seule selle involontaire ce matin. État normal de la poitrine, sauf un engouement hypostatique à la partie inférieure du poumon droit; râles sous-crépitants (aggravation au point de vue des phénomènes nerveux, abdominaux respiratoires). — Bain, frictions avec liniment volatile sur le ventre, suivies d'applications froides; lavement et purgatif salin conditionnels.

Le 24. La malade est abattue, dans un état d'adynamie profonde; température, 42°; pouls, 150, 160; urines involontaires, taches augmentées, ventre moins élevé, mais plus douloureux vers la fosse iliaque droite; pas de selles depuis hier matin, persistance de l'écoulement menstruel, beaucoup d'amélioration après le bain pris hier matin; température abaissée; la malade a paru un peu affaiblie, n'a repris quelque force qu'après l'ingestion d'un peu de vin. Les lotions froides sont difficilement supportées: beaucoup d'agitation; un peu de délire à cinq heures, suivi d'état comateux léger dont la malade n'est pas sortie. Un peu de toux, pas d'expectoration. — Bain d'une heure, lavement entier; vin et lotions conditionnellement.

Le 25. Le bain n'a pu être supporté, la malade ayant été prise de syncopes, qui se sont répétées dans la journée. Une selle hier après le lavement; persistance de la soif très-vive; urines et selles involontaires; la malade n'est pas sortie de cet état semi-comateux. *L'hyperesthésie persiste encore ce matin,* et les mouvements réflexes que le contact de la main sur les diverses parties détermine, possèdent une régularité parfaite et une certaine force. La malade ne répond toujours pas; les paupières sont closes, les pupilles sont sensibles à la lumière.

La face est bleuâtre et plombée, les joues plaquées, la respiration, fréquente (48), est thoracique, mais peu énergique: le ventre est peu élevé, souple, toujours douloureux à droite; râles sibilants dans toute la poitrine, muqueux en arrière et à droite; narines pulvérulentes; pouls filiforme, température, 42; très-peu de toux, pas d'expectoration. La forme adynamique est donc arrivée au summum, et compliquée d'ataxie, *en relation manifeste avec l'état d'hyperesthésie du tégument.* — Lotions sinapisées et aromatiques.

Le 26. La nuit a été assez tranquille sous l'influence d'une faible dose de sirop de morphine. Une selle peu abondante dans la soirée ; selles abondantes ce matin, après un lavement ; température, 41 ; pouls un peu moins fréquent, mais moins développé.

Même état comateux ce matin. *La malade présente toujours de l'hyperesthésie et des mouvements réflexes encore assez forts.* Quelques soubresauts des tendons.

La face est cyanosée, la respiration plus embarrassée, légèrement râlante. La poitrine est sonore partout, excepté en arrière et à droite où il y a diminution de la sonorité ; râles *ibid.*, peu de toux ; expectoration rare, sans caractères.

Ventre affaissé, souple et indolore ; deux selles liquides, involontaires, dans la journée ; l'écoulement menstruel persiste, mais peu abondant ; pas de pétéchies ; a pu prendre un peu de bouillon et de vin.

Une amélioration notable s'était manifestée sous l'influence d'un vésicatoire à la poitrine ; elle n'a pas persisté, et n'a pu être reproduite par d'autres révulsifs, qui n'ont donné aucun résultat local.

La malade meurt à sept heures et demie dans un état d'asphyxie complète, sans que les symptômes du côté du système nerveux aient été modifiés.

Cette coïncidence de l'hyperesthésie cutanée et de l'exaltation du pouvoir réflexe paraît être un fait tout exceptionnel. Je suis disposé à croire que dans les cas dont il s'agit, la cause la plus habituelle du phénomène est dans la rupture de l'équilibre qui existe normalement entre les fonctions cérébrales et celles de la moelle. Les malades sont, jusqu'à un certain point, dans les mêmes conditions qu'un sujet décapité. Quant à l'extinction du pouvoir réflexe succédant à sa suractivité, en même temps que les accidents cérébraux persistent ou s'aggravent, c'est un précurseur à peu près infaillible d'une terminaison fatale prochaine.

DEUXIÈME DIVISION. — SYMPTOMES DE LA MOELLE ALLONGÉE.

§ 29. — Nous allons rapporter maintenant une observation dans laquelle on verra les symptômes spinaux être suivis et accompagnés d'une série d'accidents dont il faut chercher l'origine dans le bulbe rachidien.

OBS. XXII. — *Fièvre typhoïde ataxique, douleurs dans les jambes, hyperesthésie cutanée et spinale, renversement de la tête en arrière, dyspnée, alalie, spasme pharyngé et laryngé, spasme rhythmique des sterno-mastoïdiens, douleurs en ceinture, etc.; guérison.* — Boucly (Émilie), âgée de 10 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie le 3 avril 1862 (salle Sainte-Mathilde, lit n° 24, service de M. Barthez).

Renseignements donnés par les parents : Dans la journée du 31 mars, elle a été prise d'un malaise général et de mal de tête; elle a gardé le lit depuis ce jour, se plaignant de douleurs dans tout le corps. Insomnie, un peu de délire dans la dernière nuit. Perte complète d'appétit; hier, vomissements, toux, un peu d'épistaxis. Pas de selle depuis le 1er avril. Urines rares.

État actuel, le 3 avril. L'enfant paraît assez bien constituée, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Décubitus dorsal, face exprimant l'abattement, yeux cerclés, masque pâle, joues rouges. Un peu de lenteur de l'intelligence et dans les réponses. Céphalalgie frontale. La malade se plaint en outre de *douleurs dans le dos et dans les jambes*. Quand elle se met sur son séant, elle pâlit et éprouve une sensation vertigineuse. Peau très-chaude, un peu sèche. Pouls à 120, régulier, dicrote, peu résistant sous le doigt. *La peau des extrémités inférieures est le siége d'une hyperesthésie extrêmement vive; on ne peut la soulever en pli sans que la malade pousse des gémissements plaintifs.* Il n'est d'ailleurs pas possible de s'assurer si les muscles sont également endoloris. *L'hyperesthésie cutanée existe également à l'abdomen et dans la moitié inférieure à peu près du thorax.* Le ventre est plat, l'hyperesthésie cutanée rend l'explo-

ration de la sensibilité des parties profondes à peu près impossible. La rate est augmentée de volume.

La malade ne se met sur son séant qu'avec une extrême difficulté, et elle s'affaisserait si on ne la soutenait. *En pressant sur les apophyses épineuses on provoque, dans toute la hauteur de la colonne vertébrale, une douleur extrêmement vive. Les mouvements étendus de la tête s'accompagnent d'une sensation douloureuse à la nuque.*

Des râles sibilants, fins et extrêmement nombreux, s'entendent dans toute l'étendue des deux poumons; la respiration est du reste assez calme, mais un peu courte Toux rare, pas d'expectoration; lèvres sèches, enduit blanc sur les gencives; langue fortement chargée d'un enduit blanchâtre à son milieu et près de sa base, soif assez vive. Anorexie complète. (Lavement, sinapisme.) Dans la soirée, une selle liquide, jaunâtre. Pas de délire pendant la nuit.

Le 4. État à peu près stationnaire. On note seulement les changements suivants : la peau est plus sèche, la figure a une expression plus anxieuse, due au froncement presque permanent des sourcils. Enfin *l'hyperesthésie cutanée n'est plus limitée à la partie sous-diaphragmatique du corps ; elle est générale ; la face seule est épargnée.* — Bains, cataplasmes.

Le bain est bien supporté et suivi d'un peu de détente pendant trois ou quatre heures, mais pas de sueur. Un peu de sommeil, assez de calme pendant la nuit, pas de délire. Deux garde-robes liquides, fétides, jaunes, volontaires.

Le 5. Face un peu grippée, exprimant encore plus qu'hier une assez vive souffrance, accusée également par des gémissements fréquents; *la tête est en outre un peu renversée sur la nuque.* Peau un peu moins sèche, un peu moite à la paume des mains. Pouls un peu plus petit qu'hier. Le ventre s'est un peu élevé et tendu, la langue est moins humide, et l'enduit a pris une couleur gris brunâtre. Les autres symptômes, notamment l'hyperesthésie, etc., ne se sont en rien modifiés. — Bain, frictions d'onguent belladoné le long de la colonne vertébrale.

Deux selles liquides peu abondantes dans la journée. Délire pendant la nuit.

Le 6. Assoupissement plus profond, voisin de la stupeur; langue sèche, lèvres recouvertes d'un enduit saignant, sec; ventre un peu plus élevé; quelques soubresauts de tendons, accablement extrême. La malade ne peut se tenir assise sur son lit, les râles ont un peu diminué. *Persistance de la rachialgie et de l'hyperesthésie.* Pas de changement dans les autres symptômes. — 2 verres de limonade magnésienne; cataplasmes, lotion froide.

A la suite du purgatif, 5 selles liquides. La lotion n'a produit qu'une détente tout à fait passagère; délire pendant la nuit.

Le 7. La face exprime de plus en plus une vive souffrance; surdité croissante. On n'obtient aucune réponse suivie de la malade qui pousse des gémissements continuels, et *les quelques paroles qu'elle prononce sont tremblotantes et hésitantes.* Lèvres saignantes, ventre un peu plus élevé, quelques taches rosées, peau toujours très-chaude et sèche. Les autres symptômes sont restés stationnaires. (2 lotions vinaigrées, bouillon, potage.) La diarrhée continue, presque incessante; selles involontaires, fétides; peu de délire pendant la nuit, mais gémissements continuels. On est parvenu, à grand'peine, à faire avaler à la malade quelques cuillerées de bouillon seulement.

Le 8. Stupeur, *respiration haletante; les râles sont pourtant moins nombreux.* Pouls tout à fait tremblotant, la peau est un peu moins sèche. *L'hyperesthésie cutanée est toujours excessive: le moindre contact provoque des cris aigus.* Pas de changement dans les autres symptômes. — Julep avec musc (0 gr. 05) et acétate d'ammoniaque (4 gr.); une lotion vinaigrée, limonade vineuse.

Diarrhée abondante. A part des gémissements toujours fréquents, la malade pousse de temps en temps, dans la journée et pendant la nuit, des cris aigus; l'infirmière, qui est chargée de lui donner des soins, compare ces cris à ceux des enfants atteints de *méningite.* Pas de délire pendant la nuit.

Le 9. *La malade est dans un état d'anhélation comme une personne qui vient de courir; chaque inspiration s'accompagne d'un renversement de la tête en arrière*, sans que cependant les muscles inspirateurs fassent de bien grands efforts. On entend à peine les battements du cœur, qui sont sourds et profonds.

Râles sibilants peu abondants dans les deux poumons ; le pouls est tout à fait misérable, petit, mou, très-fréquent.

La face exprime plus que jamais une anxiété extrême; les yeux sont hagards, les pupilles dilatées; l'ouïe est toujours dure. La malade eomprend les questions qu'on lui adresse, et y répond par des gestes, mais *il lui est impossible de prononcer une seule parole.* Après quelques tentatives faites pour parler, l'enfant y renonee avee un mouvement de eolère impatiente, et reeommenee à pousser des gémissements.

Lèvres et langue très-sèehes; peau modérément chaude, sans sécheresse. Le ventre est plus résistant que les jours préeédents. *L'hyperesthésie cutanée et la rachialgie ont plutôt augmenté que diminué.* État stationnaire des autres symptômes. — Deux vésieatoires aux euisses ; vin de Bagnols, limonade vineuse, potion eordiale.

La diarrhée continue dans la journée et la nuit, de même que l'agitation, les eris.

Le 10. Pas de ehangement. *La malade est toujours dans l'impossibilité de parler, et l'hyperesthésie n'a pas diminué.* — Extr. d'opium (0,02) toutes les heures.

On administra en tout 12 eentigr. d'extrait thébaïque. Dans la journée, l'enfant se refroidit très-sensiblement, et l'on fut obligé de la réehauffer. A six heures, la peau est au contraire chaude, la faee rouge et animée; l'enfant paraît un peu assoupie, les pupilles sont rétrécies. Dans la soirée l'enfant dormit un peu, mais elle fut de nouveau très-agitée pendant la nuit, et eut eneore quelques selles diarrhéiques.

Le 11. La malade paraît plus souffrante que jamais. *Elle est à moitié dressée sur son lit, s'appuyant sur le coude droit, la tête assez fortement renversée en arrière*, la faee exprimant un degré indieible de souffranees et d'angoisse; les yeux abattus, un peu voilés par les paupières supérieures abaissées, les pupilles eneore très-sensiblement rétréeies. *Les mouvements d'inspiration et d'expiration s'accompagnent de mouvements alternatifs d'extension et de flexion de la tête, ce qui donne à l'attitude une expression haletante* analogue à eelle d'une personne qui vient de eourir.

L'enfant pousse presque continuellement des cris perçants, non articulés. Autant qu'on en peut juger par ses gestes, *elle paraît éprouver une sensation extrêmement pénible dans la gorge, qui semble être, au moins par moments, le siége d'un spasme violent; dans ces moments l'enfant repousse avec horreur les boissons qu'on lui présente,* ce qui, joint à son attitude, lui donne quelque analogie avec une personne atteinte d'hydrophobie. *Les boissons introduites passivement dans la bouche dans ces moments sont rejetées violemment, et pas une goutte ne franchit l'isthme du gosier. Quelques instants plus tard, on voit l'enfant s'emparer avidement du gobelet qu'on lui présente, et le vider à pleine rasade.*

Le spasme pharyngé paraît s'accompagner une ou deux fois de *spasme laryngé,* comme semblent l'indiquer quelques *inspirations sifflantes et un arrêt brusque, mais tout à fait passager, des mouvements respiratoires.*

Les cris que l'enfant pousse, surtout dans ces moments, s'accompagnent d'une expression de désespoir dans les traits. En même temps, les joues rougissent fortement, et le même phénomène se produit au lobule du nez. *La langue reste collée, immobile, sur le plancher buccal; la parole est toujours complétement abolie. L'enfant paraît cependant comprendre les questions qu'on lui adresse. L'hyperesthésie cutanée et la rachialgie sont excessives, bien plus encore que les jours précédents.* La peau est un peu refroidie. — Ventouses sèches le long du dos, sinapismes aux extrémités.

L'application des ventouses provoque d'abord une agitation assez vive, mais elle est suivie d'un calme relatif très-manifeste, quoique transitoire.

Dans la soirée, l'enfant est à peu près dans le même état que le matin. Toutefois son attitude est un peu changée. Elle exécute sans cesse des mouvements tout à fait analogues au balancement de tête désigné sous le nom de *tic de l'ours*: seulement le balancement se fait invariablement de droite à gauche.

De temps en temps, l'enfant interrompt ces mouvements, se renverse sur le dos et grince violemment des dents.

Elle ne prend que quelques cuillerées de bouillon et ne cesse de crier et de s'agiter pendant la nuit. Point de selle.

Le 12. Une amélioration légère paraît s'être produite. Les symptômes notés hier subsistent tous, mais ils se sont un peu amendés. L'expression de la face n'est plus tout à fait aussi anxieuse, l'enfant *peut tirer un peu la langue,* quoique très-difficilement; il y a un peu moins d'agitation. *L'articulation des sons est toujours impossible.* La peau s'est réchauffée, sans avoir dépassé sensiblement la température normale. *L'hyperesthésie et la rachialgie ne paraissent pas avoir diminué.* Le pouls est moins fréquent et peut-être un peu moins faible, les pupilles ne sont plus rétrécies. *La tête est toujours fortement renversée en arrière ;* il n'y a plus de grincements de dents. La langue est humide, un peu dépouillée. Le ventre est un peu plus élevé que les jours précédents et porte cinq ou six taches rosées des mieux caractérisées. Râles sibilants et respiration un peu obscure dans les deux poumons. — Ventouses *ut supra :* extrait de belladone, 0 gr. 04.

L'amélioration fait quelques progrès dans la journée. L'enfant essaye d'articuler quelques mots, sans y arriver encore d'une manière intelligible; elle est moins agitée et crie moins pendant la nuit. Pas de selles.

Le 13. Amélioration manifeste. La face n'exprime que peu d'angoisse et de douleur; les cris sont moins fréquents ; *le spasme pharyngo-laryngé ne paraît plus exister, l'enfant tire la langue plus facilement ;* la face a une coloration plus naturelle et ne rougit plus autant quand l'enfant crie. *La rachialgie et l'hyperesthésie paraissent avoir légèrement diminué.* L'enfant comprend manifestement très bien les questions qu'on lui adresse, et la dureté de l'ouïe a beaucoup diminué. Langue nette; les taches rosées persistent. — Mêmes prescriptions.

Dans la soirée, l'enfant mange son potage sans trop de difficulté, et *prononce quelques paroles* encore fort mal articulées, mais dans lesquelles on reconnaît assez facilement les voyelles. Deux selles; nuit assez calme.

Le 14. Le facies s'est bien amélioré encore depuis hier. La face reflète plus d'intelligence, et l'expression d'angoisse et de douleur en

a presque entièrement disparu. L'enfant est plus attentive à ce qui se passe autour d'elle; elle avale assez facilement, mais elle a encore de la peine à tirer la langue.

On réussit sans trop de peine à lui faire prononcer quelques paroles détachées qui sont encore fort mal articulées, mais dans lesquelles, outre les voyelles, on distingue assez bien la plupart des consonnes. Invitée à réciter l'A B C, elle le fait sans hésiter et sans se tromper d'une lettre. L'émission des voyelles se fait clairement et distinctement. Les consonnes dures sont toutes adoucies, le K en G, le P en B, le T en D, etc., et l'R est produit au fond du gosier, suivant le mode de prononciation habituel aux Anglais. L'enfant paraît enchantée des progrès qu'elle fait.

Les pupilles sont un peu dilatées, la peau fraîche, le pouls encore fréquent a repris plus de force. Les taches rosées du ventre ne sont pas encore complétement effacées. *L'hyperesthésie et la rachialgie ont un peu diminué.* Éruption de quelques pustules au siége; l'une de ces pustules est déjà un peu excoriée. — Pansement au diachylon, extrait de belladone, 0,05 ; ventouses *ut supra.*

Dans la soirée, l'enfant paraît de nouveau plus souffrante; elle ne parle plus mais crie beaucoup. Elle indique par des gestes très-expressifs qu'elle éprouve une *douleur en ceinture à la base de la poitrine* et répond par des gestes affirmatifs répétés quand on lui demande si c'est réellement là qu'elle souffre. Elle accuse en outre, par le même procédé, une douleur assez vive dans l'abdomen.

J'ajoute ici que l'enfant maigrit visiblement depuis trois ou quatre jours.

Du 15 au 22 avril, la maladie suivit une marche rapidement décroissante. Dès le 16, les symptômes abdominaux et thoraciques avaient cessé d'exister, aussi bien que la fièvre, l'agitation. *La parole était redevenue normale le* 19, *mais la rachialgie et l'hyperesthésie ne disparurent complétement que le* 23. On continua jusqu'au 17 les applications quotidiennes de ventouses sèches le long des apophyses épineuses, et l'administration de 5 centigr. d'extrait de belladone. — Pendant cette période, l'amaigrissement et la décoloration de la peau firent encore des progrès, quoique l'appétit se rétablît rapidement et que l'alimentation fût très-bien supportée.

L'enfant commençait à se lever, lorsque la convalescence fut entravée par l'apparition de deux abcès à la fesse gauche (le 24 avril). On la fit passer dans le service de chirurgie, où elle guérit rapidement après l'ouverture des abcès.

Résumons succinctement cette évolution curieuse d'accidents exceptionnels.

Dès le premier jour de l'observation (cinquième de la maladie), on remarque une hyperesthésie extrême de la peau des extrémités inférieures, de l'abdomen et des apophyses épineuses, avec rachialgie et douleurs provoquées par les mouvements de la tête.

Le lendemain, l'hyperesthésie, suivant une marche ascendante, a envahi tout le tégument externe à l'exception de la face. La tête se renverse un peu sur la nuque.

La respiration devient haletante; il y a une anhélation extrême rappelant au plus haut degré ce que les auteurs allemands désignent par l'expression énergique de *Lufthunger,* faim d'air, et cela alors que le catarrhe pulmonaire est en voie d'amélioration. En même temps les battements du cœur sont sourds; on les entend à peine. On ne peut méconnaître là un trouble profond dans les fonctions des pneumogastriques.

Chaque inspiration, sous l'influence de ce trouble de l'innervation, s'accompagne d'un renversement de la tête en arrière, dû, en partie du moins, à l'action des sterno-mastoïdiens et des trapèzes innervés par le spinal.

La langue se refuse à l'articulation des paroles; les fonctions de l'hypoglosse (et peut-être du facial) sont atteintes à leur tour.

Puis on observe un spasme intermittent du pharynx, l'impossibilité d'avaler. Par moments, à ce symptôme s'ajoute un spasme laryngé violent: inspirations sifflantes,

occlusion momentanée de la glotte. Le nerf spinal (1) est évidemment en cause ici, de même que dans ce mouvement bizarre d'oscillation de la tête, qui est exécuté pendant un jour et qui est dû à une contraction rhythmique du sterno-mastoïdien droit. Ce spasme rhythmique rappelait beaucoup l'affection qui a été décrite sous le nom de *spasmus nutans*, et que Newham rattachait à une affection des méninges de la moelle allongée (2).

Remarquons que ces accidents dominent la scène pathologique, et en particulier que les fonctions cérébrales ne sont pas bien profondément atteintes.

Je crois inutile d'entrer dans de plus longs développements pour établir que les symptômes qui viennent d'être énumérés, se succédant coup sur coup, s'associant entre eux, dénotent un trouble grave dans les fonctions du bulbe rachidien. Seule l'*alalie* pourrait soulever des doutes. On pourrait se demander si ce symptôme ne doit pas être rapporté de l'aphémie, dont on s'est de nouveau tant occupé dans ces dernières années, et s'il ne faut pas en reporter le point de départ dans le cerveau.

Je ne crois pas toutefois que ce soit là une difficulté sé-

---

(1) On admet, en effet, généralement que les filets moteurs des muscles constricteurs de la glotte viennent du nerf spinal. Je dois cependant avouer que cette doctrine me paraît un peu ébranlée par les dernières expériences de M. Van den Korput. (Voir *Journal de la physiologie*, n° 22, 1863.) Quant au spasme pharyngé, il faudrait en chercher partiellement l'explication dans un trouble de l'innervation du glosso-pharyngien, si les progrès de la physiologie restituaient à ce nerf les fonctions motrices dont il est aujourd'hui dépossédé.

(2) Voy. Willshire, *Eclampsia nutans or salaam convulsions* (*Lond. Journ. of med. science*, p. 591, juny 1850; *Canstatt's Jahresbericht*, t. IV, p. 303; 1850).

rieuse. En premier lieu l'alalie dont était affectée notre malade diffère à plusieurs égards de l'aphémie telle qu'elle est aujourd'hui comprise. Puis les mouvements destinés à l'articulation n'étaient pas seuls supprimés; la langue restait immobile sur le plancher buccal quand l'enfant essayait de la tirer; or les recherches de Schrœder Van der Kolk (1) ont démontré que l'intégrité de ces mouvements simples, étrangers à l'articulation, est liée à celle du noyau de l'hypoglosse, et que le corps olivaire joue le même rôle par rapport aux mouvements compliqués qui sont nécessaires pour l'articulation des sons.

L'observation suivante est un autre exemple de fièvre typhoïde à forme spinale, s'accompagnant, à un certain moment, de symptômes du bulbe : dysphagie, dyspnée sans affection thoracique, et toux spasmodique.

Obs. XXII *bis*. — *Fièvre typhoïde ataxique chez une jeune fille hystérique, rachialgie; douleurs dans les extrémités, hyperesthésie générale, dyspnée, toux convulsive, dysphagie, constipation, renversement de la tête sur la nuque, imbécillité, trémulence paralytique, paraplégie, analgésie générale, etc.* —Seurat (Augustine), 17 ans, domestique, entrée, le 31 juillet 1863, à l'hôpital Lariboisière (salle Sainte-Joséphine, lit n° 30, service de M. Tardieu), malade depuis quatre ou cinq jours. Fièvre, céphalalgie frontale et occipitale; insomnie, bourdonnements d'oreille, vomissements, constipation. En outre, douleurs intolérables dans les extrémités inférieures, rachialgie dorso-lombaire, douleurs à la nuque et dans la poitrine. Le médecin, consulté, avait fait appliquer un vésicatoire sur la poitrine. Au moment de son admission, avec une

---

(1) *Traité de la moelle épinière*, traduct. de la Société sydenhamienne, p. 140-169. Voy. aussi Lichtenstein, Laloplegie (*Deutsche Klinik*, 1862, n° 7 et suivants), et Schulz, *Beiträge zu den Bewegungsstœrungen der Zunge* (*Wien. med. Wochenschr.*, 1863, n. 17).

réaction fébrile intense, l'affection a revêtu franchement le caractère ataxique : loquacité, agitation continuelle, délire fugace, etc. La malade se plaint surtout de douleurs violentes dans les extrémités inférieures, tout le long de la colonne vertébrale, à la nuque, douleurs exaspérées par les mouvements que la malade évite autant qu'elle peut. On constate une hyperesthésie considérable de la peau aux extrémités inférieures, à l'abdomen, au thorax, tout le long de la colonne vertébrale, moins prononcée aux extrémités supérieures et au cou. Rien de semblable à la face. L'hyperesthésie existe peut-être aussi dans les masses musculaires, mais il n'est pas possible de s'en assurer positivement. Les mouvements passifs imprimés aux membres, à la tête, arrachent des cris à la malade, etc.

Aggravation de tous ces accidents les jours suivants; l'hyperesthésie revêt partout une intensité excessive, épargnant toujours la face; la malade pousse presque continuellement des cris lamentables, se plaignant de douleurs horribles dans les jambes, dans le dos, les bras, le cou. Elle croit que ses jambes sont dévorées par des chiens. Par moments seulement elle tombe dans un abattement profond; elle délire presque continuellement. Les doigts sont agités de temps en temps par de petits mouvements convulsifs.

Le 4 août (9e jour), elle est à peu près dans le même état, il y a seulement plus de tendance à la stupeur. Malgré deux lotions vinaigrées, la stupeur devient plus profonde dans la soirée, la déglutition est difficile, spasmodique, impossible par moments. Rien à l'inspection de la gorge; la tête est renversée sur la nuque et il est impossible de la redresser. Carphologie. La respiration est très-accélérée, anxieuse et *expiratrice*, absolument comme chez un enfant atteint de pneumonie. Rien à l'auscultation. — On applique 8 ventouses scarifiées à la nuque.

Le 5 (10e jour). Un peu moins de renversement de la tête. Stupeur profonde alternant avec du délire incohérent; même état de la sensibilité et de la respiration; spasme pharyngé par moments; constipation. (Vésicatoires aux cuisses.) La malade est plus calme, à la suite de plusieurs selles provoquées par un lavement purgatif.

Le 6 (11e jour). Un peu moins de stupeur; tête encore renversée en arrière; toujours quelques secousses convulsives des doigts; per-

sistance des douleurs, etc. L'hyperesthésie paraît cependant avoir diminué; on prescrit une potion avec 20 gouttes de laudanum, mais la malade vomit chaque fois qu'elle en prend une cuillerée et on est obligé de la suspendre dans la soirée; quelques taches rosées à la base du thorax.

Le 7, éruption abondante de taches rosées à l'abdomen, à la base du thorax; la respiration présente toujours les mêmes caractères; quelques râles sibilants çà et là ; la malade a par moments des quintes de toux convulsive, rappelant assez exactement les quintes de la coqueluche; les symptômes notés les jours précédents ne sont pas sensiblement modifiés. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

Les accidents cérébraux se modifièrent à partir du 8 août, le délire devint plus rare, la stupeur disparut, mais l'intelligence avait subi une atteinte grave; la malade tomba dans un véritable état d'enfance; elle s'entretenait fort gravement avec une poupée qu'on lui avait donnée et répondait souvent à nos questions par un rire stupide qui s'accordait entièrement avec l'expression habituellement niaise de son visage. Les accidents respiratoires disparurent rapidement et l'hyperesthésie diminua d'une manière sensible. Les mouvements de la tête devinrent plus libres, mais la malade continuait à se plaindre toujours des mêmes douleurs et elle se refusait, autant qu'il était en son pouvoir, à tout mouvement. Il était presque impossible de la mettre sur son séant; les muscles extenseurs du dos entraient immédiatement en contraction, et elle se laissait enlever tout d'une pièce, comme si une barre lui immobilisait les vertèbres. L'éruption typhoïde fut extrêmement abondante et s'étendit aux extrémités supérieures et même à la face. Les selles furent toujours rares et difficiles. La miction, par contre, ne fut pas entravée un seul instant. Le traitement se composait surtout des moyens suivants : sulfate de quinine, puis quinquina, purgatifs, frictions d'huile chloroformée, etc.

L'amélioration de l'état général fit de rapides progrès dans la seconde moitié du troisième septénaire, et, le 16 avril (21e jour), la malade, qui, la veille encore, se refusait obstinément à tout mouvement, se dressa et s'assit dans son lit. Elle accusait cependant encore dans le dos, dans les jambes et dans les mains des douleurs très-pé-

nibles; l'hyperesthésie cutanée des extrémités inférieures persistait, quoique atténuée, ainsi que l'hyperesthésie spinale, qui occupait encore presque toute la hauteur du rachis. Le thorax et les extrémités supérieures en étaient désormais exempts. Les mouvements des extrémités étaient un peu incertains. L'intelligence restait à peu près dans le même état. L'appétit renaissait sans avoir toutefois la vivacité qui signale si souvent la convalescence des fièvres typhoïdes. La tendance à la constipation persistait.

Le 18 (23e jour), on essaya de faire lever la malade, mais il lui fut impossible de se tenir debout sans être soutenue; ses jambes pliaient sous elle, et furent prises presque aussitôt d'un tremblement qui ne s'arrêta même pas quand on l'eut remise au lit.

Il existait encore le lendemain, 19, à la visite du matin. Les extrémités inférieures étaient agitées par un tremblement incessant, consistant principalement en mouvements alternatifs de flexion et d'extension assez forts pour imprimer au sommier du lit des mouvements oscillatoires. La volonté de la malade était impuissante pour les faire cesser. On les arrêtait un instant en fixant avec force les extrémités, mais ils recommençaient un instant après. Les mouvements simples, volontaires, des extrémités inférieures étaient conservés, mais ils se faisaient sans énergie. La sensibilité cutanée de ces extrémités, loin d'être émoussée, était au moins aussi exaltée que les jours précédents. La malade se plaignait plus que la veille de douleurs dans les jambes et dans le dos, et l'hyperesthésie spinale était très-vive dans toute la hauteur de la colonne vertébrale. — 12 ventouses sèches le long du rachis.

Le soir le tremblement s'était aggravé aux extrémités inférieures; il avait envahi les muscles du tronc et affectait par moments les muscles expirateurs. La parole était alors entrecoupée comme chez une personne qui a le frisson. La malade se plaignait beaucoup de douleurs dans les jambes, dans le dos, à la nuque et à l'occiput.

Le 20, le tremblement avait également gagné les extrémités supérieures où il était cependant moins prononcé qu'aux membres inférieurs. Le facies était un peu moins altéré, la face pâle. La malade avait du reste mangé, comme d'habitude, le 19, et elle avait assez bien dormi, tout en causant de temps en temps avec ses jambes,

comme s'exprimait l'infirmière de service. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

Après une nuit d'insomnie, la malade se trouvait, le 21, à peu près dans le même état que la veille. On lui appliqua dans la matinée une série de pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Cette opération fut immédiatement suivie d'une diminution notable du tremblement, mais il reparut dans l'après-midi, et une nouvelle application de pointes de feu l'aggrava sensiblement.

Le 22, les douleurs des jambes étaient plus vives que jamais, l'hyperesthésie n'avait pas disparu. Ce fut pourtant à partir de ce jour que le tremblement, sous l'influence de sinapismes, de vésicatoires, etc., le long de la colonne vertébrale, devint intermittent, de continu qu'il avait été, puis cessa peu à peu (le 25 août), en suivant dans sa disparition une marche descendante exactement inverse de son mode d'apparition. Mais, à mesure que le tremblement disparaissait, l'affaiblissement musculaire qui l'avait accompagné dès le début se prononça davantage. On se trouvait en présence d'une véritable paralysie agitante, et, le 26 août, la paraplégie et la paralysie des muscles extenseurs du dos étaient presque complètes. Les extrémités supérieures étaient incomplétement paralysées. Les fléchisseurs des avant-bras étaient contracturés. Il y avait eu du délire pendant la nuit, la malade se plaignait beaucoup de céphalalgie; l'hyperesthésie, très-vive, avait de nouveau envahi toute l'étendue du tégument externe. Il y avait eu une selle involontaire. La tête se renversait de nouveau sur la nuque. Quelques grincements de dents de temps en temps. (Lotions froides.) Cet état inquiétant se prolongea, sans amélioration notable, pendant plusieurs jours. Puis, le 2 septembre, dans la soirée, la malade eut une attaque d'hystérie de peu de durée; son état s'amenda rapidement dès le lendemain ; le 4 septembre, les règles apparurent (la malade n'avait pas été menstruée précédemment). Elle restait à cette époque complétement paralysée des extrémités inférieures et des muscles extenseurs du tronc; les extrémités supérieures avaient à peu près récupéré leur force. Les extrémités inférieures paralysées étaient toujours le siége de douleurs, moins vives cependant que précédemment, et d'une hyperesthésie, également mitigée. La rachialgie et l'hyperesthésie spinale s'étaient atténuées de

même et l'hyperesthésie du tronc et des extrémités supérieures avait disparu.

Sous l'influence de divers révulsifs et d'exercices gymnastiques appropriés, la paralysie des muscles du dos disparut peu à peu dans la première semaine de septembre, mais la paraplégie persistait au même degré.

Le 15, la malade fut vivement contrariée par l'examen auquel elle fut soumise par un médecin étranger au service. Je fus fort surpris quand je la vis, le soir même de ce jour, s'habiller, se lever et faire le tour de la salle en se soutenant à l'aide des barres des lits. Les jours suivants, la marche devint plus facile et la malade put bientôt circuler seule pendant un quart d'heure, une heure ; mais l'amélioration s'arrêta là malgré l'emploi de la strychnine, des bains sulfureux, de l'électrisation, etc.

L'hyperesthésie disparut complétement, de même que la rachialgie et les douleurs des extrémités dans la troisième semaine de septembre, et fut remplacée au commencement d'octobre par une analgésie générale (la face exceptée).

La constipation avait persisté, et, pendant la plus grande partie du mois d'octobre, la malade vomit presque invariablement ses aliments. L'appétit était du reste presque nul et les moyens les plus divers échouèrent complétement contre cet état. La malade eut encore pendant le mois d'octobre deux attaques d'hystérie. En présence des symptômes nerveux si frappants qu'elle avait offerts dès le début de sa maladie, on s'était informé avec insistance et à plusieurs reprises auprès d'elle et d'une parente qui la visitait quelquefois, si elle avait eu précédemment des accidents hystériques, mais les réponses avaient toujours été négatives. Plus tard, cependant, la malade revint sur cette dénégation et me raconta qu'elle avait eu dans les deux dernières années quelques attaques de nerfs, mais il ne me fut pas possible d'obtenir des détails plus précis. En raison de l'affaiblissement intellectuel de la malade, on ne pouvait d'ailleurs guère attacher d'importance à son dire, et on l'avait si souvent interrogée à cet égard, qu'elle finit peut-être par répondre affirmativement pour être débarrassée de nos questions. Quoi qu'il en soit, des trois attaques qu'elle a eues pendant son séjour à l'hôpital, deux au moins étaient franchement hystériques. La troisième n'a eu d'autre témoin qu'une

veilleuse inintelligente. La malade quitta l'hôpital le 30 octobre, conservant une analgésie incomplète du tronc et des extrémités, et une paraplégie incomplète. Je la revis le 3 décembre. Les extrémités inférieures étaient encore un peu faibles, et la malade vomissait quelquefois ses repas. A part cela, sa santé ne laissait rien à désirer.

§ 30. — La dysphagie purement nerveuse, spasmodique, qui existait chez les malades des obs. III, X, XXII et XXII *bis*, et qui, chez la première, n'eut qu'une durée tout à fait éphémère, n'est pas un symptôme très-rare. Il a été signalé par tous les auteurs. M. Muller l'a observé souvent dans l'épidémie de Calw; le spasme du pharynx s'accompagnait de paroxysmes asphyxiques. Ce symptôme accompagne assez volontiers les accidents tétaniformes, et c'est à lui qu'il faut rapporter ce qui a été décrit sous le nom d'accidents hydrophobiques dans les fièvres typhoïdes.

L'alalie a été également décrite dans quelques travaux : Lœschner (*Der Typhus der Kinder;* in *Prager Viertel-jahrschrift*, I, 1846, p. 6-29), Griesinger (*loc. cit.*, p. 191), Velsen (*Aphonie bei febris mucosa stupida;* in *Rhein. Generalbl.*, 1841), Klusemann (*Sprachlosigkeit im Nervenfieber;* in *Preuss. Vereinszeit*, n° 12, 1844), Baër (*Zwei Faelle von Zungenlaehmung und Verlust des Sprachvermoegens;* in *Schmidt's Jahrb.*, t. XXXVII, n° 2), Muller (*loc. cit.*), Poulet (*loc. cit.*).

Je n'ai trouvé qu'un exemple (Poulet, *loc. cit.*) de spasmes laryngés analogues à ceux qu'éprouvait la malade de l'obs. XXII. Les accès de toux spasmodique observés chez les malades de l'obs. XXII *bis* sont évidemment un phénomène de même ordre ; la toux convulsive est également notée dans l'observation de M. Arnaud, que nous avons citée plus haut (§ 20). Ajoutons que l'aphonie a été observée plus d'une fois, aussi bien dans le cours de la fièvre

typhoïde (Chomel, *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 33; Poulet, *loc. cit.*; Horst, *Hufel. Journ.*, 1844, Jan.; Griesinger, *loc. cit.*), qu'à la suite de cette maladie (Horst, *Bericht über die Versammlung der Naturforscher zu Mainz*, 1842, p. 276; Wallach, *Canstatt's Jahresbericht*, 1843, t. IV, p. 135; Kraemer, *Med. Corresp. bayer. Aerzte*, 1844). Chez la première malade de M. Horst, l'aphonie s'accompagnait de divers phénomènes paralytiques. Rappelons en outre ici la paralysie du pharynx et de l'œsophage que l'on observe chez quelques malades à une époque encore assez éloignée de la mort.

Si les symptômes qui viennent d'être énumérés se donnent rarement rendez-vous chez un seul malade, on les voit parfois se reproduire chez une série d'individus dans le cours d'une épidémie; ainsi dans celle de Calw (voyez plus bas, § 40) et dans celle de Plancher-les-Mines.

« Dans deux cas, dit M. Poulet, il y eut de l'œsophagisme, avec régurgitation des boissons, sans horreur des liquides, absolument comme dans la première période du tétanos. Dans l'un d'eux, chez une jeune fille de 20 ans, il persista longtemps, et fut remplacé par des vomissements incessants, qui se prolongèrent jusque dans la convalescence... Chez quelques enfants, on put observer un mutisme complet, et même une aphonie absolue, avec de vains efforts pour se faire comprendre..... Une jeune fille de 6 ans fut prise le deuxième jour de sa maladie d'accès de suffocation, dans lesquels la respiration laryngée paraissait surtout embarrassée, etc. »

Parmi les symptômes qui ont été notés chez les malades des obs. XXII et XXII *bis*, la dyspnée, indépendante d'une affection sérieuse des voies respiratoires, était un des plus frappants; on le trouve également mentionné

dans l'observation XXII. Dans ces cas, la dyspnée, qui ne peut être envisagée que comme un trouble dans l'innervation de l'appareil pulmonaire, avait revêtu un caractère de gravité insolite. Il n'est pas rare de l'observer, à un degré moindre, dans la première semaine de la fièvre typhoïde. M. Wunderlich, qui a fait la même remarque, pense même que ce symptôme est assez caractéristique pour servir à fixer le diagnostic dans les cas douteux.

Les faits exposés dans les paragraphes précédents montrent qu'il est possible de démêler dans l'ensemble phénoménal de la fièvre typhoïde, plus souvent qu'on ne le croit généralement, des symptômes d'origine spinale, et qu'à ces symptômes on voit parfois s'en associer d'autres, dont la source doit être cherchée dans le bulbe rachidien. Nous avons à examiner maintenant quelle place il convient d'assigner à ces symptômes dans l'histoire générale de la fièvre typhoïde. Convient-il, ou non, de les considérer, ainsi que l'ont fait la plupart des auteurs (voy., par exemple, *Compendium de medecine*, t. VIII, p. 241), comme des complications purement fortuites? Et, tout d'abord, pouvons-nous les rattacher à des lésions anatomiques, appréciables, du cordon rachidien ou de ses enveloppes?

CHAPITRE III.

Anatomie pathologique.

§ 31. — Les autopsies dont nous disposons sont peu nombreuses, et nous regrettons particulièrement que, dans l'épidémie de Calw, on n'ait pas examiné la moelle chez les sujets qui ont succombé.

Nous avons fait une ouverture de cadavre tout au début des accidents spinaux : hyperesthésie cutanée et musculaire des extrémités inférieures et de l'abdomen, douleurs spinales à la pression ; paraplégie. On trouvera dans l'observation que voici les détails de l'autopsie.

Obs. XXIII. — *Fièvre typhoïde au début, prise pour un rhumatisme musculaire et articulaire; hyperesthésie cutanée et musculaire des extrémités inférieures et de l'abdomen; paraplégie, hyperesthésie spinale; phénomènes ataxo-adynamiques et accidents thoraciques très-graves; mort le cinquième jour. Autopsie. Éruption intestinale commençante; congestion veineuse du cerveau et de ses enveloppes, et de la pie-mère spinale; congestion pulmonaire, etc.* — Aglaé Carin, âgée de 9 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie le 17 mars 1862 (salle Sainte-Mathilde, lit n° 25, service de M. Barthez).

Renseignements. L'enfant a eu souvent des vers. Sa santé était généralement bonne. Malade depuis trois jours, l'enfant a été prise de douleurs dans les cuisses, puis dans les membres supérieurs et inférieurs. Fièvre vive. Ce matin elle a vomi des matières glaireuses; elle tousse peu.

État actuel. La malade est couchée sur le dos dans une résolution complète. Sa face, pâle et cyanosée à la fois, d'une teinte plombée, exprime une stupeur, un affaissement profonds. Les yeux, convulsés en haut, à moitié voilés par les paupières supérieures, sont en quelque sorte sans regard : un cercle gris bleuâtre les entoure. Pupilles largement dilatées. Cet état de stupeur s'accompagne d'une carphologie continuelle, et il est fréquemment interrompu par de l'agitation, par des cris aigus, des vociférations, des paroles incohérentes qui traduisent un délire violent. La malade est évidemment poursuivie par des hallucinations qui paraissent être surtout visuelles.

Les questions qu'on lui adresse la laissent tout d'abord indifférente; en les répétant à plusieurs reprises, on finit par fixer son attention et par se faire comprendre; elle cherche à y répondre, mais ses réponses, peu précises, sont toujours interrompues, avant qu'elles soient terminées, par un retour à ses idées délirantes.

Peau chaude, sèche; pouls filiforme, d'une fréquence extrême; *la pression sur la nuque et sur les apophyses épineuses de toutes les vertèbres est très-douloureuse et provoque des cris perçants; il en est de même de la moindre pression exercée sur les extrémités inférieures, dont la peau est évidemment le siége d'une hyperesthésie extrêmement vive; la douleur paraît être plus vive encore quand on exerce une pression profonde sur les muscles des cuisses et des jambes.* Dans cette exploration, les extrémités inférieures restent cependant à peu près complétement immobiles, tandis que la malade cherche à écarter avec les mains la cause de l'impression douloureuse; *point d'hyperesthésie appréciable des extrémités supérieures, mais elle paraît être très-vive à l'abdomen,* et notamment dans la peau; toutefois la pression profonde provoque ici encore des manifestations de douleur plus expressives; le ventre n'est, du reste, nullement élevé ni tendu; point de taches; respiration courte, fréquente; bruit respiratoire obscur à la base des poumons, mélangé de râles sibilants extrêmement nombreux.

La malade ne tarda pas à s'affaisser complétement, et mourut à une heure du matin.

Autopsie. Pas de météorisme. Les plaques de Peyer du dernier tiers de l'intestin grêle présentent un gonflement siégeant en partie dans le tissu sous-muqueux, mais constitué principalement par une tuméfaction des follicules agminés qui leur donne au delà du volume d'une forte tête d'épingle. Il en résulte, pour l'ensemble de la plaque, un aspect grossièrement chagriné. La plupart de ces plaques ont une couleur blanc mat; dans quelques-unes seulement le gonflement s'accompagne d'une injection vasculaire très-forte et serrée; aucune de ces plaques n'est ulcérée. Ganglions mésentériques un peu gonflés et injectés. La rate paraît un peu tuméfiée, mais ne présente pas d'altération de texture appréciable. Les reins sont le siége d'une forte congestion veineuse. La même congestion se retrouve dans les poumons, parenchyme et muqueuse bronchique, et notamment dans les lobes inférieurs; dans le lobe inférieur gauche, le sang paraît même être infiltré dans le parenchyme, qui est un peu friable, mais nullement hépatisé.

La congestion se présente surtout avec une grande intensité dans le système veineux des méninges cérébro-rachidiennes. Les plexus choroïdes ont une coloration presque noire, les veines de Galien sont doublées de volume, etc.; la substance blanche de l'encéphale présente partout un piqueté extrêmement abondant. Point d'épanchement séreux. Dans le rachis, la congestion occupe surtout, d'une part, les sinus, qui font paraître noire comme de l'encre la dure-mère qui les recouvre, et, d'autre part, la pie-mère spinale, où les veines distendues forment un lacis extrêmement abondant. Par contre, la substance de la moelle elle-même n'est nullement injectée ; elle a d'ailleurs une très-grande consistance.

En résumé : congestion énorme de tout le système veineux de l'encéphale, du poumon, et des méninges rachidiennes ; par contre, intégrité parfaite de la moelle elle-même, voilà en quoi se résument les altérations anatomiques.

Il est clair que les symptômes cérébraux, d'une si épouvantable gravité dès le quatrième jour de la maladie, doivent être mis au moins pour une large part sur le compte de la congestion cérébrale et méningée, de même que les accidents thoraciques étaient surtout l'expression de la congestion pulmonaire. Rien de plus naturel, par conséquent, que d'admettre un rapport analogue entre les symptômes spinaux et la congestion des méninges rachidiennes.

Deux autres considérations, toutefois, se présentent immédiatement :

En première ligne, cette congestion veineuse énorme de l'encéphale et du poumon, tout au début de l'affection, est un fait très-exceptionnel. Pourquoi en serait-il autrement pour l'hyperémie des méninges rachidiennes?

D'une autre part, la congestion cérébrale et pulmonaire,

même dans ces conditions, n'est considérée par personne comme une lésion coexistant par un pur hasard avec la fièvre typhoïde. Il ne viendra certainement pas à l'esprit d'un médecin de penser que cette malade a eu deux ou trois maladies, une fièvre typhoïde, une congestion cérébrale, et une congestion pulmonaire. La seule interprétation acceptable, c'est que la fièvre typhoïde a manifesté d'une manière précoce, et avec une intensité exceptionnelle, cette tendance aux congestions qu'elle détermine si souvent.

La congestion rachidienne peut, à bon titre, réclamer le bénéfice de ce raisonnement.

§ 32. — L'observation suivante n'est pas aussi simple ; à l'hyperesthésie cutanée et spinale, succède une analgésie incomplète, au moment où la fièvre typhoïde se complique accidentellement de diphthérie. Celle-ci pourtant ne peut être considérée que comme l'un des éléments pathogéniques dans la production de l'analgésie. Personne, que je sache, n'a vu la diphthérie, au début et en dehors de tout phénomène d'asphyxie, donner lieu à une analgésie des extrémités inférieures.

Obs. XXIV, communiquée par M. Dubuc. — *Fièvre typhoïde, hyperesthésie cutanée et spinale, angine et coryza couenneux, analgésie, croup ; mort. Congestion des veines de la face antérieure de la moelle.* — Lotineaux (Louise), 5 ans, entrée, le 9 décembre 1862, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Marguerite, lit n° 7, service de M. Bouchut. Le père est bien portant, à l'exception d'une paralysie du bras droit, survenue il y a trois mois, et qui est maintenant presque guérie. Mère bien portante, quatre enfants. L'aînée, âgée de 5 ans, est probablement phthisique; les autres se portent assez bien. Celle-ci a eu de la gourme, des glandes, pas de convulsions, aucune autre maladie.

Le 4 décembre, elle a eu des vomissements bilieux et de la fièvre; elle toussait un peu.

Le 6, elle a encore vomi spontanément; pas d'autres vomissements depuis lors, garde-robes naturelles, pas de soif; le sommeil a été agité, surtout cette nuit; pas d'appétit.

État actuel, 9 décembre. Langue recouverte d'un enduit saburral, soif peu intense, garde-robes naturelles, pas de diarrhée; peau modérément chaude, battements du cœur normaux, pouls à 128, rien dans la poitrine, un peu de toux, pas d'appétit, somnolence, sommeil agité.

11 décembre. L'enfant a été purgée le lendemain de son entrée. Aucun changement n'est survenu dans son état: elle est très-irritable, pleure et crie quand on s'approche d'elle; le visage est pâle; le pouls reste régulier, à 136 pulsations; pas de nouveaux vomissements; le ventre est souple, un peu bouffi. (Julep diacode.) Pas de selle dans la journée du 11.

Le 12. Nous remarquons, ce matin, sur le ventre, de nombreuses taches rosées lenticulaires. L'enfant reste très-irritable, s'agite, et *fait entendre des cris quand on presse un peu entre les doigts la peau du ventre et des extrémités inférieures ou quand on saisit à pleine main la cuisse ou la jambe. La pression exercée sur les apophyses épineuses des vertèbres de la région dorso-lombaire s'accompagne d'une vive sensibilité. Aux membres supérieurs, l'hyperesthésie existe, mais à un degré moindre qu'aux membres inférieurs.* Langue un peu sèche, une selle en diarrhée; quelques râles sous-crépitants du côté gauche, en arrière; peau chaude; pouls à 136. — Bain; eau rougie, bouillon.

Le bain a un effet sédatif très-prononcé, et, le soir, nous trouvons l'enfant calmée, moins irritable; *l'hyperesthésie cutanée est moindre.*

Le 20. Grande amélioration. L'enfant dort presque toute la nuit; elle crie au réveil; le coma a disparu; elle joue sur son lit une partie de la journée; *les jambes restent encore douloureuses à la pression, ainsi que les apophyses épineuses;* un peu de diarrhée. — Tous les jours, un bain; bouillon, eau rougie.

Le 23, même état à peu près que le 20 décembre; *l'hyperesthésie reste à peu près ce qu'elle était ce jour-là.*

Le 25. Un nouveau phénomène survient, il s'écoule beaucoup de liquide filant par les narines et la bouche; la lèvre supérieure est un peu gonflée, la fièvre est devenue plus intense, l'enfant a pâli; *l'hyperesthésie cutanée persiste encore, mais à un moindre degré.*

Le 26. L'écoulement par le nez et la bouche a persisté et augmenté. J'examine la gorge, et je la trouve tapissée, dans toute son étendue, d'une épaisse couche de fausses membranes qui recouvrent sans interruption les piliers, la luette, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx; les fausses membranes sont épaisses, d'un gris sale; la voix reste claire; l'enfant est très-pâle, très-amaigrie. *A l'hyperesthésie a succédé un certain degré d'analgésie, et il faut pincer la petite fille assez fortement pour qu'elle crie.* Les boissons reviennent parfois par les fosses nasales, les urines renferment une grande quantité d'albumine. — Vin de Bagnols; insufflation d'alun et de tannin toutes les demi-heures; julep chlorate de potasse.

Le 27. Depuis hier, l'enfant frotte d'une manière presque constante les dents les unes contre les autres; il en résulte un bruit extrêmement désagréable; la gorge est toujours tapissée, dans sa totalité, de fausses membranes; l'écoulement par le nez et la bouche existe toujours, mais il est jaunâtre, sanieux, fétide; les liquides reviennent par les fosses nasales, la petite fille est très-pâle, très-affaiblie, *assez fortement anesthesiée*: pouls à 180. — Même traitement.

A partir de la matinée du 27, voix complétement éteinte, sensibilité très-émoussée.

L'enfant succombe dans la journée.

Autopsie, 29 décembre. L'arrière-gorge, le larynx et la trachée, sont tapissés, dans toute leur étendue, de fausses membranes minces, noirâtres, fétides, tombant en détritus. Les deux lobes inférieurs sont le siége d'une pneumonie lobulaire confluente. Pas de tubercules dans les poumons ni dans les ganglions bronchiques. Rien au cœur. Foie jaune pâle, décoloré, atteint de dégénérescence graisseuse. Rate doublée de volume à peu près. Parenchyme rouge foncé, assez friable.

Du côté de la muqueuse de l'intestin grêle, on trouve, en partant de la valvule iléo-cæcale, une série de plaques de Peyer, espacées à des intervalles de 20 ou 30 centimètres, boursouflées, rouges, villeuses, dépassant notablement la surface de la muqueuse. Les ulcérations qui ont dû siéger sur ces plaques sont cicatrisées, ce qui n'est pas étonnant, puisque la fièvre typhoïde avait vingt-quatre jours de durée. Les ganglions mésentériques sont rouges, non hypertrophiés.

La moelle a été enlevée dans toute sa longueur, ainsi que les nerfs de la queue de cheval. Les veines qui rampent sur la pie-mère spinale, à la face antérieure de la moelle, sont distendues, flexueuses, gorgées de sang vers la partie inférieure de l'organe et les nerfs de la queue de cheval. Le tissu médullaire est tout à fait exsangue, d'un blanc mat, remarquable par la fermeté de sa consistance.

Est-il possible d'établir un rapport quelconque entre cette congestion des veines de la face antérieure de la pie-mère, et les symptômes spinaux? Il est, je pense. inutile de discuter une pareille question. L'état anémique de la substance médullaire elle-même n'est peut-être pas aussi indifférent, mais ce n'était là qu'un cas particulier de cette anémie générale, rapide, qui se produit toujours chez les enfants, lorsque la diphthérie les attaque au moment où ils entrent en convalescence d'une autre maladie, ou pendant la convalescence même. En admettant même que l'état exsangue de la moelle doive entrer en ligne de compte pour l'explication de l'analgésie, elle n'a aucune signification pour ce qui est de l'hyperesthésie. Il est évident que celle-ci n'était pas le symptôme d'une myélite ou d'une méningite, dont on aurait infailliblement trouvé les traces à l'autopsie. Et puis, quelle singulière contradiction entre cette congestion si bien limitée à la face antérieure de la moelle, et le silence complet des fonctions de motilité! Ce n'était pourtant pas là un fait cadavérique, car on s'est

assuré que le corps était resté couché sur le dos. Il sera donc utile de se souvenir de cet enseignement quand on ne trouvera, pour expliquer un trouble des fonctions spinales, qu'une simple hyperémie des méninges rachidiennes.

§ 33. — Dans l'autopsie de la malade de l'obs. XII (§ 19), Forget note que la moelle est ramollie dans une grande étendue, sans changement de couleur; mais il ajoute immédiatement que ce phénomène est évidemment cadavérique. Nous pouvons nous en remettre avec une confiance d'autant plus grande à la déclaration de ce clinicien distingué, qu'il avait tout intérêt à trouver une affection de la moelle, ayant diagnostiqué pendant les premiers jours une affection cérébro-spinale. Remarquons, au surplus, que l'autopsie était faite pendant les fortes chaleurs de l'été (au mois de juillet), et qu'un ramollissement analogue à celui de la moelle existait vers la corne d'Ammon, des deux côtés, où il était évidemment un phénomène de macération.

Il est dit, en outre, qu'une grande quantité de sérosité s'écoule à l'ouverture du rachis, et que les méninges rachidiennes sont sensiblement injectées. Les méninges cérébrales sont également légèrement injectées, et on trouve un peu de sérosité dans les ventricules.

Dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, Forget qualifie les altérations des enveloppes de la moelle et du cerveau, « d'équivoques, » et cette opinion ne sera sans doute pas contredite pour ce qui est de l'hyperémie des méninges. Quant à cet autre fait de la grande quantité de liquide céphalo-rachidien que contenait le canal vertébral, c'est encore là un détail dont il est difficile d'apprécier la valeur en l'absence de toute trace d'inflamma-

tion, et surtout alors que les ventricules cérébraux contenaient également de la sérosité. En admettant d'ailleurs qu'il y eût eu là une hydromyélie aiguë, lésion diffuse par excellence, comment expliquera-t-on, encore une fois, l'absence de symptômes convulsifs ou paralytiques (l'immobilité dans ce cas ayant été toute volontaire et attribuable à l'endolorissement général)? Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans la méningite rachidienne, ni même dans la congestion (rhumatismale, par exemple) des méninges spinales, qui n'épargnent pas une fonction de la moelle au détriment des autres.

§ 34. — Il existe à la vérité, dans la science, quelques observations qui sont données pour des cas de fièvre typhoïde compliquée de méningite spinale, mais ces faits ne supportent pas l'examen le plus exempt de prévention (1), et ne pèsent pas plus dans la balance que les singulières assertions du Dr Grossheim (voy. § 1). Les recherches assidues de M. Koehler (*loc. cit.*, p. 53) n'ont abouti qu'à un résultat négatif. Seule, l'observation suivante pourrait peut-être trouver crédit auprès de quelques personnes, mais encore faudrait-il faire bon marché de difficultés qui me semblent ôter à ce fait tout sens précis.

---

(1) Voyez Funk, *Die Rückenmarksentzündung*, p. 40; Bamberg, 1825 — Ruppius, *Rust's Magazin*, t. XI, 1 Heft 70; 1822. — Holer, *Salzburger chirurgische Zeitung*, 1835, nº 6.—Mich, *Oesterr. Med. Iarhbüch*, t. VIII, 4 Stück, 1835. — Nutten, *Zeitung vom Verein für Heilkunde in Preussen*, 1849, p. 37.— Wengler, *Meine Heilung durch Teplitz*; Dresden, 1850. — Siebert, *Mittheilungen*, etc., cité dans *Canstatt's Jahresb.*, t. IV, p. 118; 1848. Je n'ai pas pu consulter ce travail qui renferme peut-être des renseignements intéressants.

Obs. XXV (Piorry, *loc. cit.*). — Le 24 février 1849 on amena, le matin, à la visite de M. Piorry, un jeune homme de 20 ans, faisant partie des gardes mobiles, licenciés depuis quelques jours. Chez cet homme, l'état septicémique existe à un haut degré : angine, diarrhée, matières dans l'intestin en grande quantité ; taches septicémiques répandues sur le corps, spécialement à la région sacrée ; rate volumineuse, violente douleur du cou, engourdissement dans les membres supérieurs. Diagnostic : fièvre typhoïde et méningite rachidienne. (30 sangsues le long de l'épine ; 1 gramme de sulfate de quinine.) Mort le soir.

Autopsie. Les plaques de Peyer, dans les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle, sont congestionnées ; les deux ou trois dernières sont superficiellement exulcérées. La rate a 12 centimètres dans son grand diamètre. Le cerveau ne présente rien de remarquable ; la surface du cervelet est un peu ramollie. Du côté de la moelle on trouve, à la région cervicale, entre l'arachnoïde et la pie-mère. du pus concrété et formant une fausse membrane. A la partie inférieure de la moelle, toujours entre l'arachnoïde et la pie-mère, il y a 3 à 4 cuillerées de pus liquide. La moelle n'est pas ramollie.

Pour mon compte, je le déclare, ce n'est pas avec des faits aussi incomplets et aussi douteux que je voudrais fixer un point litigieux de la science. Pas un mot de l'histoire de la maladie, aucun renseignement sur son début, ses symptômes. A supposer que les taches septicémiques de M. Piorry soient les taches rosées lenticulaires de tout le monde (des taches rosées surtout abondantes au sacrum !), la fièvre typhoïde en aurait été vers le second septénaire à peu près, et pourtant on n'y trouve que *deux ou trois* plaques de Peyer *superficiellement* exulcérées ! Il est, à mon avis, impossible de savoir au juste si le malade de M. Piorry avait autre chose qu'une méningite spinale. Pour moi, je suis assez disposé à croire qu'il s'agit d'une forme incomplète, fruste, de la méningite épidémique

qui régnait en ce moment aux environs de Paris, à Corbeil par exemple, où M. Piorry venait de l'observer avec M. le Dr Lionnet. L'existence de quelques ulcérations superficielles dans l'intestin grêle s'accorderait parfaitement avec cette manière de voir.

En résumé, l'observation XXIII seule nous paraît avoir quelque portée dans la question qui nous occupe.

§ 35. — Passons maintenant à l'examen des faits où l'on ne dispose pas du contrôle direct de l'autopsie.

MM. Lombard et Fauconnet ont consigné dans leur travail l'observation suivante qu'ils intitulent : *Fièvre typhoïde compliquée de symptômes qui paraissent dépendre d'une inflammation aiguë de la moelle épinière, ou tout au moins des membranes qui enveloppent le cordon rachidien* (4e observation).

Obs. XXVI. — *Fièvre typhoïde, rachialgie et hyperesthésie spinale, cervico-dorsale et lombaire ; douleurs entre les épaules et dans les bras ; engourdissement et roideur des bras ; roideur de la nuque et de la mâchoire ; engourdissement des jambes ; douleur sous-mammaire.*

Une de nos infirmières, âgée de 22 ans, habituellement bien portante, avait été appelée à soigner plusieurs malades atteintes de fièvre typhoïde, lorsqu'elle fut prise, le 9 octobre, d'une céphalalgie intense, avec nausées et soif vive ; elle se plaignit alors de douleurs lancinantes dans la tête, ainsi que d'une *douleur à la nuque, augmentée par le mouvement et par la moindre pression ;* il n'y a pas de dysphagie ni de dysurie ; l'abdomen est souple et indolent, la peau est chaude, le pouls à 100 ; la langue est sèche au centre, humide et blanchâtre sur les bords ; elle a eu deux selles naturelles depuis hier. — On administre un vomitif.

Le 24 octobre. La malade a beaucoup vomi, n'a pas eu de selles ; langue moins chargée qu'hier et plus humide, accuse de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements et des battements dans la tête ;

le teint est coloré, le pouls à 128; la peau chaude et moite; la nuit a été agitée; l'abdomen est souple et indolent; il n'y a pas de taches lenticulaires; *la douleur de la nuque persiste au même degré qu'hier.* — On prescrit un bain et des frictions avec le baume tranquille.

Le 25, *pas de changement dans* la céphalalgie, *la douleur à la nuque* et la fièvre; le pouls est à 120; la peau est chaude et moite, la peau est sèche; il y a eu une selle en diarrhée.

Le 26. Il existe sur l'abdomen deux ou trois taches rosées lenticulaires disparaissant sous la pression; l'épigastre est un peu douloureux sous la pression: le pouls est à 108; la peau est toujours chaude, la langue est moins sèche; elle a eu deux selles en diarrhée; assez de toux, râle sibilant très-sonore dans la poitrine; *la douleur de la nuque persiste et s'est étendue jusqu'aux lombes; le moindre mouvement et la plus légère pression sur les apophyses des vertèbres cervicales et dorsales arrachent des cris à la malade.* —On prescrit 12 sangsues sur les vertèbres douloureuses, et un bain tiède.

Le 27. La langue est sèche, la soif vive, la peau est moite; le pouls à 124; les sangsues ont beaucoup saigné, mais *n'ont pas soulagé la douleur du cou qui est plus forte qu'hier;* pas beaucoup de toux. — On n'ordonne que des délayants et des frictions calmantes sur les parties douloureuses.

Le 28. La langue est sèche, le pouls à 130; la peau chaude et couverte de sueur; l'abdomen est souple et indolent; la respiration très-gênée; *vive douleur à la région postérieure du cou et entre les épaules;* les taches qui avaient paru avant-hier ont déjà disparu; toux peu fréquente; la céphalalgie est stationnaire; il y a du délire toute la nuit; *la pression sur les vertèbres dorsales est très-douloureuse.* — Saignée de 8 onces et délayants.

Le 29. Le caillot est assez résistant; il ne présente pas de couenne; il y a 3 onces de sérosité. *La douleur de la nuque et du dos est moins forte qu'hier;* la malade peut un peu tourner la tête; *elle a éprouvé des douleurs aiguës et très-angoissantes dans le bras gauche, surtout à sa partie supérieure. La pression sur la région latérale gauche du cou est très-douloureuse; celle de la*

région dorsale l'est un peu moins ; la langue est rouge et sèche, la peau chaude et moite, le pouls à 112 ou 116; n'a pas eu de selles depuis deux jours; une nouvelle tache rosée a reparu vers l'abdomen; la malade a beaucoup toussé; ses nuits sont toujours très-agitées. — On applique 12 sangsues au cou et au dos.

Le 30. Nuit mauvaise; les sangsues ont peu saigné; les douleurs *cervicales* s'accompagnent de battements et *sont toujours très-vives ; il y a eu beaucoup de douleurs et d'engourdissement dans le bras gauche ;* pouls à 112; langue rouge, sèche, luisante; soif vive, assez de toux; pas de selles depuis trois jours.— On répète la saignée de 8 onces, un lavement émollient.

Le 31. Le sang est couenneux, le caillot relevé en champignon; il y a 4 onces de sérosité; la malade a eu *moins de douleur cervicale et dorsale ;* elle peut un peu tourner la tête, mais ne peut faire aucun mouvement dans son lit; le pouls est à 100, faible et irrégulier; la peau moins chaude.

Le 1er novembre, *les douleurs ayant reparu avec force,* on prescrit une nouvelle saignée.

Le 2. Le sang n'est pas couenneux, le caillot est assez résistant; il y a 4 onces de sérosité. *La malade a beaucoup souffert pendant la nuit de douleurs entre les épaules ; il y a maintenant douleur et engourdissement du bras gauche ; les muscles spinaux et les vertèbres dorsales sont très-douloureux sous la pression. Il survient de temps en temps des crises de douleurs aiguës* qui arrachent des cris à la malade; ils sont suivis d'une abondante transpiration. La malade a beaucoup de vertiges et assez de surdité; expression de vive souffrance; pouls à 110, soif vive, langue humide, pas de selles depuis trois jours. — On applique de nouveau 12 sangsues entre les épaules.

Le 3. Les sangsues ont peu saigné; pouls à 110, assez de toux; pas d'expectoration, pas de selles; langue humide, blanche; abdomen souple, indolent; *les quatrième et cinquième vertèbres dorsales sont extrêmement douloureuses sous la pression ;* les autres sont indolentes; *roideur et engourdissement à la nuque et dans le bras gauche.* — On prescrit un lavement avec une once d'huile de ricin.

Le 4. Le lavement a produit deux selles abondantes; pouls à 120; assez de toux, abdomen indolent; la malade *a beaucoup souffert de la tête et de la nuque; roideur de la mâchoire;* elle n'a pas de dysphagie; *la pression sur les six dernières vertèbres dorsales est très-douloureuse;* les vertèbres cervicales sont indolentes; *le bras n'est plus engourdi.* — On applique 12 sangsues sur les vertèbres douloureuses.

Le 5. Il existe trois taches rosées lenticulaires sur l'abdomen; pouls à 120; peau moite, respiration courte; *les douleurs de la nuque et du dos ont persisté avec assez d'intensité;* celle du dos a diminué.

Du 6 au 9, le pouls a varié de 116 à 96; *les douleurs de la nuque* et de la tête *ont persisté avec assez d'intensité;* celle du dos a diminué; *la mâchoire est toujours roide;* il existe une toux sèche; mais la malade est si souffrante qu'on ne peut la faire asseoir sur son lit pour l'ausculter; les taches typhoïdes ont persisté; la constipation n'a cédé qu'à des lavements; la langue a été alternativement sèche et humide.

Du 10 au 15, à peu près même état; le pouls varie de 100 à 120; la toux est devenue très-forte, l'expectoration diminue, avec quelques petits filets sanguins; la langue est restée sèche; la constipation a diminué; *la douleur à la nuque, augmentée par la pression et le mouvement, est restée extrêmement vive et oblige la malade à se tenir la tête en arrière et de côté; elle a eu les jambes engourdies.* A l'auscultation, beaucoup de râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine, et pas de matité. — On prescrit un 1/2 grain de calomel, et 1 grain d'extrait de jusquiame toutes les trois heures.

Du 15 au 20, *les douleurs dorsales ont diminué; les mouvements du cou et du tronc sont plus faciles;* le pouls a varié de 90 à 120; les selles sont plus libres; les gencives sont un peu tuméfiées. Il y a un peu de salivation. — On applique un vésicatoire à la nuque le 17. On suspend les pilules de calomel le 20.

Du 20 au 25, pas de changement, sauf une *douleur aiguë sous le sein droit*, gênant beaucoup la respiration (on y applique un vésicatoire). *Pas de douleur dorsale; la malade peut remuer la tête;* la constipation est revenue depuis qu'on a cessé les pilules, et

l'on a recours à des lavements purgatifs. Le pouls est resté fréquent.

Du 25 au 30, l'amélioration continue; cependant *il existe par moments des douleurs dans le dos et le côté, et de l'engourdissement dans les bras et les jambes;* néanmoins la malade peut s'asseoir sur son lit; la fièvre diminue et l'appétit revient.

Du 1er au 15 décembre, la convalescence est complète, sauf *pendant vingt-quatre heures, où elle a un retour de douleurs dorsales;* la faiblesse est extrême, l'amaigrissement considérable, et la malade est restée encore longtemps avant de se remettre complétement.

Cette observation, fort importante d'ailleurs, me paraît justifier fort mal l'interprétation de MM. Lombard et Fauconnet. Qui a jamais vu soit une myélite, soit une méningite rachidienne aiguës persister pendant près de deux mois sans parcourir plus ou moins régulièrement les deux phases successives de l'irritation et de l'exsudation ou compression, sans produire au moins une paralysie moins incomplète qu'un simple engourdissement, sans entraver un seul instant la miction ? Comment concilier avec l'idée de l'une ou de l'autre des affections cette mobilité incessante des symptômes, cette absence de toute harmonie entre eux ? Comprend-on une myélite qui, débutant à la région cervicale, ne retentirait dans les extrémités inférieures qu'au bout d'un mois ? ou une méningite qui ne donnerait lieu à des symptômes spasmodiques qu'au bout d'un mois? Il est, je crois, inutile d'aller plus loin dans cette discussion.

Faut-il croire qu'au moins il y ait eu là une congestion des méninges rachidiennes? Cette hypothèse s'accorderait mieux avec quelques-unes des particularités du fait; mais ici encore que de difficultés! Il faudrait certes désespérer de toute médication si des emissions sanguines,

prodiguées comme elles l'ont été à cette malheureuse infirmière, mettaient deux mois à triompher d'une simple hyperémie, après avoir paru, du reste, l'aggraver tout d'abord. Quatre applications de 12 sangsues, trois saignées de 8 onces dans le cours d'une fièvre typhoïde, chez une jeune femme vivant depuis longtemps dans une atmosphère malsaine, épuisée par le métier terrible d'infirmière! Là est pour moi la véritable clef de ce fait. Ce sont des émissions sanguines trop généreusement dispensées qui ont éternisé un état pathologique qui aurait sans doute cédé plus tôt à des révulsifs intestinaux et cutanés.

La même explication s'applique au fait suivant de M. le professeur Piorry (obs. 2, *loc. cit.*), où l'on a également diagnostiqué une méningite rachidienne, et qui, du reste, n'est pas plus complète que l'observation XXV.

Obs. XXVII. — Jeune fille, 16 ans, reçue le 9 février 1849. Elle présentait les symptômes suivants : douleur et roideur dans le cou, tellement violentes qu'il lui était impossible de remuer la tête. Engourdissement des extrémités supérieures; gargouillement dans la fosse iliaque; taches septicémiques. La percussion indique une rate grosse (splénomacrosie) et une accumulation de matières dans les intestins Diagnostic : fièvre typhoïde et méningite rachidienne. Pendant trois ou quatre jours on appliqua des sangsues derrière le cou, le long de l'épine, 20 le premier jour, 10 le deuxième et le troisième. On fit des applications de chloroforme, suivies d'un grand soulagement; en outre, 1 gramme de sulfate de quinine et lavements purgatifs quotidiens.

Après ce traitement énergique, la malade, épuisée par la perte du sang, tomba dans une faiblesse extrême; le pouls était faible, la face pâle, etc. On donna du vin et des aliments pour réparer le sang perdu.

Il se refit du sang, et la méningite rachidienne reparut, mais à un plus faible degré. On appliqua alors le long de l'épine, du cou, des vésicatoires que l'on renouvela tous les trois ou quatre jours.

Aujourd'hui (27 février), la malade est convalescente, sans être tout à fait hors de danger; car les ulcérations des plaques de Peyer ne sont pas encore cicatrisées.

§ 36. — Parmi les observations que nous avons rapportées au commencement de ce travail, il n'en est que trois dans lesquelles l'hypothèse d'une méningite rachidienne ou d'une myélite puisse paraître quelque peu plausible; ce sont celles dans lesquelles les symptômes spinaux laissèrent à leur suite pendant un temps plus ou moins long ou pour toujours une paraplégie incomplète. Ce sont les observations XIV, XVII et XXII *bis*. Nous croyons, pour notre part, que c'est bien d'une méningite rachidienne qu'il s'agissait dans l'observation XVII; on peut du moins le supposer par la persistance définitive d'une paraplégie incomplète. L'observation est trop incomplète pour motiver ce diagnostic par l'histoire de la maladie. Quant à la paraplégie qui, dans l'observation XIV, paraît être survenue dans la convalescence et n'avoir succédé aux symptômes spinaux du commencement qu'après un intervalle libre, elle n'appartient pas à proprement parler à notre sujet. C'est une de ces paraplégies consécutives qui paraissent d'ailleurs être beaucoup plus souvent de celles qu'on appelle essentielles que de la classe des paralysies dites symptomatiques. Quant à la malade de l'observation XXII *bis*, elle a présenté à plusieurs reprises des variations si brusques et si bizarres des symptômes, qu'on ne peut guère les rattacher à une lésion grave comme une myélite ou une méningite. Cette fille est d'ailleurs hystérique.

En somme donc, à part une seule exception (obs. XVII), nous croyons pouvoir affirmer que les symptômes spinaux

que nous avons décrits ne sont sous la dépendance ni d'une myélite ni d'une méningite rachidienne.

§ 37. — Il reste donc à se demander s'il faut les rattacher à une de ces altérations, que l'on appelle très-improprement immatérielles pour simplifier le langage, ou s'ils sont sous la dépendance d'un état d'hyperémie de la moelle ou de ses enveloppes ; ou bien enfin si ces deux modes se partagent les faits, chacun pouvant exister isolément pour sa part ou se rencontrer avec l'autre sur un terrain commun.

C'est cette dernière formule qui nous paraît être l'expression exacte des faits.

L'autopsie que nous avons rapportée dans l'observation XXIII (§ 31) nous paraît suffisante pour démontrer que la congestion des méninges rachidiennes a à réclamer sa part dans certains cas extrêmes, exceptionnels si on le veut, mais dans lesquels elle ne figure pas à titre de complication accidentelle.

Quant au second terme de la proposition, voici quelques-unes des considérations qui nous le font accepter :

1° Nous ferons voir plus loin (voy. § 48) que parmi les symptômes spinaux que nous avons décrits, la plupart ne sont nullement l'apanage exclusif de la fièvre typhoïde, mais qu'ils apparaissent également dans beaucoup d'autres maladies aiguës avec des caractères sinon identiques, au moins très-analogues. Parmi ces affections, il n'en est aucune qui offre autant d'analogie avec la fièvre typhoïde, que la phthisie granuleuse aiguë, sous le rapport de l'ensemble des symptômes morbides. Or, dans un cas de cette maladie que nous avons observé, en même temps que quelques-uns des faits de fièvre typhoïde relatés plus

haut, l'hyperesthésie cutanée, musculaire et spinale persista jusqu'au dernier jour, et l'autopsie ne révéla aucune lésion (appréciable à l'œil nu) dans l'axe cérébro-spinal ou ses enveloppes. Voici un résumé succinct de l'observation :

Obs. XXVIII. — *Tuberculisation aiguë, hyperesthésie cutanée, musculaire et spinale, jusqu'à la mort ; moelle et méninges intactes.* — Magot (Jeanne), 12 ans, blanchisseuse, entrée le 13 mars 1862 à l'hôpital Sainte-Eugénie (salle Sainte-Mathilde, lit n° 27, service de M. Barthez). Tousse un peu depuis trois mois; toux sèche, plus fréquente depuis quinze jours; depuis la même époque, fièvre le soir, perte d'appétit, soif vive, amaigrissement, diarrhée.

Le 14, à neuf heures, elle est sans fièvre, a bon appétit, ne tousse guère, mais se plaint beaucoup de *crampes dans les jambes*, qui l'auraient surtout tourmentée la nuit. L'examen des extrémités inférieures ne révèle rien. Rien dans les poumons. Souffle doux au cœur et au cou; l'enfant est d'ailleurs grasse, bien nourrie; elle a le teint assez animé.

A dix heures, elle est prise d'un frisson violent, suivi de chaleur et de sueurs dans l'après-midi, de mal de gorge, et elle remarque qu'une grosseur se forme sur le côté droit du cou. Du 14 au 15, quatre ou cinq selles liquides, un peu de délire pendant la nuit.

Le 15, elle a encore un peu de délire tranquille, dont on la fait d'ailleurs sortir facilement dès qu'on lui adresse la parole; face rouge, langue un peu sèche, soif vive, peau chaude, pouls fréquent. Quelques ganglions tuméfiés et douloureux au cou, du côté droit. Râles sibilants assez nombreux dans les deux poumons. *Sensibilité vive à la pression des apophyses épineuses dorsales ; ventre sensible, même à une pression superficielle.*

Du 15 au 16, beaucoup de diarrhée; délire pendant la nuit.

Le 16. Abattement, aspect un peu typhoïde, masque pâle. Pouls fréquent, assez petit. Un peu de loquacité, peau chaude, ventre un peu élevé, sensible partout. *La pression des apophyses dorsales et cervicales est très-douloureuse ; il en est de même des extrémités inférieures*, où l'endolorissement paraît siéger surtout dans les muscles, etc.

La marche ultérieure de la maladie fut celle de la tuberculisation aiguë à forme typhoïde, fébrile, avec délire, diarrhée, amaigrissement progressif, etc. La fièvre persista jusque dans les derniers jours, présentant seulement de temps en temps quelques rémissions passagères. *Jusqu'au dernier jour aussi, la pression exercée sur les apophyses épineuses provoquait une douleur extrêmement vive : il en fut de même pour l'hyperesthésie musculaire et cutanée des extrémités inférieures; il suffisait de soulever un peu fortement la peau en pli, et surtout de presser sur les masses musculaires, pour arracher des cris à la malade.* La mort arriva le 19 avril, précédée d'une orthopnée épouvantable.

Autopsie. Pneumothorax à droite sans épanchement, avec emphysème sous-pleural très-étendu. Poumons durs, friables, comme hépatisés, farcis d'une quantité énorme de granulations, etc. *Aucune lésion appréciable à l'œil nu dans l'axe cérébro-spinal ou ses enveloppes.*

2° L'hypothèse d'une congestion méningo-spinale est inconciliable avec la distribution bizarre de l'analgésie dans l'obs. XVI (§ 22).

3° Nous avons montré qu'elle n'est guère acceptable pour les obs. XIII et XXVI (§§ 19 et 35), et qu'elle n'existait qu'à la face antérieure de la moelle dans l'obs. XXIV (§ 32), où elle était évidemment aussi étrangère à l'analgésie qu'à l'hyperesthésie qui l'avait précédée.

4° Les congestions diverses dont la fièvre typhoïde s'accompagne si souvent n'appartiennent pas, règle générale, aux premiers jours de la maladie, tandis que la plupart des symptômes spinaux sensitifs apparaissent soit dès la période prodromale, soit dans la première semaine.

Il s'agirait par conséquent, dans chaque cas donné de fièvre typhoïde, de rechercher si les symptômes spinaux que l'on observe tiennent à une altération purement fonc-

tionnelle de la moelle, ou à une hyperémie méningo-spinale, ou à ces deux états pathologiques à la fois.

C'est-à-dire que la question se pose absolument dans les mêmes termes que pour les symptômes cérébraux de la fièvre typhoïde.

Or qui ne sait les difficultés dont est ordinairement hérissé ce problème, qui depuis bien longtemps exerce la sagacité des meilleurs cliniciens? Quel est le médecin qui n'a dû renoncer bien souvent à le résoudre?

On comprendra dès lors sans peine que la question puisse être aujourd'hui seulement soulevée à l'occasion des symptômes spinaux, et qu'il faille en attendre la solution des travaux à venir.

CHAPITRE IV.

Des symptômes spinaux envisagés dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. — Formes spinales.

§ 38. — Nous avons dit dans le chapitre 2 que, dès la période prodromale ou au début de la fièvre typhoïde, la moelle épinière manifeste sa participation au travail morbide par quelques symptômes légers, variables, et cela chez un assez grand nombre de malades. Le relevé suivant donnera une idée approximative de la fréquence de ces symptômes.

Sur 44 malades (30 hommes et 14 femmes) atteints de fièvre typhoïde (1) et admis dans les salles de M. Tardieu du 31 juillet au

---

(1) Le nombre des fièvres typhoïdes inscrites sur le relevé offi-

23 octobre 1862, il en est 18 chez lesquels les symptômes spinaux paraissent avoir fait défaut complétement, à savoir : 17 hommes et 1 seule femme. Voici un aperçu des symptômes spinaux qui ont été notés chez les 26 autres malades :

1° FEMMES.

1. — Schitter (Joséphine), 26 ans, entrée le 31 juillet, sortie le 21 août (salle Sainte-Joséphine, lit n° 19). Fièvre typhoïde adynamique. Céphalalgie occipitale et douleur à la nuque au sixième et au septième jour.

2. — Magoutier (Antoinette), 27 ans, entrée le 31 juillet, sortie le 3 août (n° 17, puis n° 16). Prédominance spinale très-marquée. Femme anémique, très-fatiguée, dyspeptique depuis trois mois. Dès le début, rachialgie, douleurs dans les extrémités inférieures empêchant la marche, le redressement du trone. La malade se croyait atteinte d'un rhumatisme articulaire. Persistance des mêmes symptômes le jour de l'entrée (huitième ou dixième de la maladie). En outre, hyperesthésie cutanée et musculaire des extrémités inférieures hyperesthésie spinale dans presque toute la hauteur du rachis, notamment dans la région cervico-dorsale. La rachialgie persista et fut le symptôme dominant jusqu'au moment de la convalescence, où elle fut remplacée par une double névralgie dorso-intercostale. Convalescence retardée par une épistaxis grave.

---

ciel qui a été dressé pendant les mois d'août et septembre, et au commencement d'octobre, est plus considérable. A part les erreurs de diagnostic et les cas douteux, j'ai dû retrancher de la liste quelques malades qui, entrés au moment de la convalescence ou dans une phase avancée de la maladie, n'ont pu me renseigner à l'égard des symptômes que je recherchais. Je ferai du reste remarquer que, dans le résumé ci-dessus, la proportion des faits *négatifs* est un peu forcée pour les hommes, parce que j'ai dû comprendre dans cette catégorie quelques cas dont l'observation a été égarée, et qui avaient présenté quelques symptômes spinaux.

3.— Seurat (Augustine), 17 ans, domestique, entrée le 31 juillet, sortie le 30 octobre (n° 30). Forme spinale par excellence. (Voir plus haut, obs. XXII *bis*.)

4.—Lefèvre (Françoise), 34 ans, entrée le 7 août, sortie le 21 (n° 5). Fièvre typhoïde légère. Au début, douleurs de reins empêchant la malade de se mettre sur son séant, de se retourner.

5. — Rottemayer, 25 ans, entrée le 27 août, sortie le 21 (n° 22). Fièvre typhoïde légère. Femme anémique accouchée depuis sept mois. Au début, douleurs dans les reins, dans le dos, entre les épaules, dans les jambes, rendant la marche difficile. Tremblement des bras le cinquième ou le sixième jour. Dans la convalescence, névralgie dorso-intercostale double.

6. — Velter (Marguerite), 22 ans, entrée le 14 août, sortie le 11 septembre (n° 8). Fièvre typhoïde adynamique. Pendant les quatre premiers jours, douleurs dans les extrémités inférieures; rachialgie, douleur à la nuque le jour de l'admission (cinquième jour de la maladie). Hyperesthésie dorso-spinale, qui persista, avec quelques variations, jusqu'au commencement de la convalescence.

7.—Gonjon (Amélie), 25 ans, entrée le 18 août, sortie le 28 (n° 9). Fièvre typhoïde simple, légère. Au début, rachialgie, douleurs dans les extrémités inférieures, fourmillements dans les extrémités supérieures. Le jour de l'entrée (sixième jour de la maladie), hyperesthésie dorso-spinale qui persiste jusqu'au 26.

8.—Caoussin (Eugénie), 19 ans, entrée le 21 août, sortie le 4 septembre (n° 2). Fièvre typhoïde simple, légère. Femme hystérique, tempérament très-nerveux. Au début, douleur au niveau des fausses côtes, pour laquelle on a appliqué un vésicatoire; rachialgie qui empêchait la malade de s'asseoir. A l'entrée (huitième jour), sensation de barre épigastrique; hyperesthésie spinale cervico-dorsale. Muscles des cuisses très-douloureux à la pression.

9.— Raynal (Rosine), 24 ans, entrée le 21 août, sortie le 25 septembre (n° 5). Fièvre typhoïde adynamique. Au début, rachialgie, douleurs dans les jambes. Le jour de l'entrée (septième ou huitième

de la maladie), hyperesthésie cutanée générale qui disparaît dès le lendemain.

10. — Grainet (Christine), 23 ans, entrée le 21 août, sortie le 16 octobre (n° 13). Fièvre typhoïde adynamique. Au début, douleurs dans les jambes, les reins, les bras. A l'entrée (cinquième ou sixième jour), douleur à la nuque s'irradiant dans les extrémités inférieures et empêchant le redressement du cou; douleurs de reins; sensation de roideur dans les extrémités inférieures, rendant la marche impossible. Hyperesthésie dorso-spinale qui persiste pendant plusieurs jours. Convalescence lente retardée par une pleurésie.

11.—Empereur (Antoinette), porteuse de pain, entrée le 30 août, sortie le 18 septembre (n° 1). Fièvre typhoïde adynamique. Au début, douleurs entre les épaules, et crampes dans les extrémités supérieures.

12. — Safrey (Élisa), 19 ans, domestique, entrée le 12 septembre, sortie le 25 (n° 8). Fièvre typhoïde légère. Au début, douleurs de reins et rachialgie. A l'entrée (sixième jour), un peu de rachialgie, hyperesthésie dorso-spinale qui disparaît le lendemain.

13.— Grenouillet (Marie), 20 ans, couturière, entrée le 23 octobre, sortie le 27 novembre (n° 6). Fièvre typhoïde adynamique. Au début, douleur à la nuque, rachialgie. A l'entrée (huitième jour), douleurs dans les extrémités inférieures, masses musculaires des mollets très-sensibles à la pression. Les neuvième et dixième jours, hyperesthésie cutanée et musculaire des extrémités inférieures; hyperesthésie spinale beaucoup plus prononcée le soir que le matin. A la fin de la deuxième semaine, entérorrhagie; le lendemain, retour de la rachialgie et de l'hyperesthésie spinale; hyperesthésie cutanée excessive des extrémités inférieures, de l'abdomen et du thorax. Persistance de ces symptômes pendant plusieurs jours.

2° HOMMES.

14.—Rousseau (Léonce), 18 ans, entré le 7 août, sorti le 5 septembre (salle Saint-Vincent, lit n° 12). Fièvre typhoïde adynamique. Au début, douleur à la nuque; douleurs et fourmillements dans

les jambes. A l'entrée (huitième jour), hyperesthésie spinale cervico-dorsale, qui disparaît au bout de deux ou trois jours. Douleurs dans les jambes pendant dix jours.

15. — Chable (Pierre), 20 ans, fumiste, entré le 17 août, sorti le 31 (n° 25). Fièvre typhoïde adynamique, légère. Au début, rachialgie, douleur à la nuque gênant les mouvements du cou; douleurs dans les extrémités inférieures. A l'entrée (cinquième jour), hyperesthésie spinale cervico-dorsale; hyperesthésie légère des extrémités inférieures, qui disparaît au bout de deux jours.

16.—Sénelard (Henry), 32 ans, terrassier, entré le 21 août, sorti le 18 septembre (n° 23). Un peu de rachialgie au début.

17. — Smedt (Michel), 24 ans, garçon de pharmacie, entré le 28 août, sorti le 25 septembre (n° 21). Fièvre typhoïde simple. Le huitième jour, douleur à la pression des apophyses épineuses des vertèbres lombaires.

18.—Dumont (Joseph), 21 ans, journalier, entré le 4 septembre, sorti le 25 (n° 26). Fièvre typhoïde simple. Au début, douleurs de reins, douleurs à la nuque empêchant le malade de tourner la tête.

19.—Tribout (Eugène), 25 ans, garçon limonadier, entré le 4 septembre, sorti le 25 (n° 27). Fièvre typhoïde simple. Rachialgie dorsale au début.

20.—Carmien (Joseph), 18 ans, garçon de magasin, entré le 4 septembre, sorti le 2 octobre (n° 31). Au début, rachialgie lombaire; douleurs à la nuque et en étendant la tête.

21. — Lelièvre (Henri), 24 ans, serrurier, entré le 25 septembre, sorti le 8 octobre (n° 2). Fièvre typhoïde légère. Au début, pendant deux jours, douleurs à la nuque rendant les mouvements de la tête et du cou impossibles.

22. — Messiet (Jean), 22 ans, journalier, entré le 27 septembre, sorti le 8 octobre (n° 8). Fièvre typhoïde simple, légère. A l'entrée (fin du premier septénaire), douleurs dans les extrémités inférieures, avec hyperesthésie cutanée modérée, qui persistent deux ou trois jours.

23.—Gadola (Antoine), 23 ans, peintre, entré le 2 octobre, sorti le 23 (n° 31, puis 17). Fièvre typhoïde ataxique. Au début, rachialgie, douleur à la nuque, douleurs dans les extrémités inférieures rendant la marche impossible. Le dixième jour, érysipèle de la gorge propagé au nez; pendant trois jours, hyperesthésie cutanée considérable des extrémités inférieures; hyperesthésie dorso-spinale.

24.— Cartier (Pierre), 25 ans, garçon de magasin, entré le 7 octobre, sorti le 12 novembre (n° 11). Fièvre typhoïde adynamique. Au début, douleurs de reins, à la nuque, avec gêne des mouvements de la tête et du cou.

25.—Vester (Alfred), 19 ans, graveur, entré le 12 octobre, sorti le 30 (n° 30). Fièvre typhoïde adynamique légère. Au début, douleur de nuque, avec gêne des mouvements de la tête.

26. — Sonnet (Alcide), 28 ans, charretier, entré le 16 octobre, sorti le 21 novembre (n° 13). Fièvre typhoïde adynamique. Mêmes symptômes que le précédent.

§ 39. — Ces symptômes (douleurs lombaires, rachialgie, accompagnées parfois d'une sensation de pesanteur extrême des extrémités inférieures, etc.) ont pour nous la même signification, la même *dignité* que la céphalalgie, la pesanteur de tête, l'agitation nocturne, symptômes cérébraux fréquents de la période prodromale.

Dans la première semaine, en même temps que les symptômes cérébraux persistent, se modifient, s'aggravent, les symptômes spinaux se maintiennent, s'accusent mieux, ou changent d'aspect : la rachialgie cervicale, accompagnée ou non de céphalalgie occipitale, les douleurs lombaires, pendant quelques jours, peuvent tourmenter autant les malades que l'insomnie ou les rêvasseries.

En examinant les malades avec soin, on trouve, chez la plupart, un peu d'hyperesthésie spinale ; celle-ci s'accompagne assez souvent d'une hyperesthésie plus ou moins

évidente des extrémités inférieures, ou bien d'un affaiblissement du pouvoir musculaire de ces extrémités, bien plus marqué que dans le reste du système musculaire.

Les phénomènes d'excitation et de torpeur cérébrales qui existent à ce moment, diversement associés, continuent à s'aggraver le plus souvent à la fin de la première semaine. Les cas dans lesquels ils vont s'atténuant à partir de ce moment sont les moins nombreux.

Ce qui est la règle pour le cerveau est l'exception pour la moelle : du milieu à la fin de la première semaine, l'hyperesthésie spinale et cutanée, la rachialgie, les douleurs lombaires, s'effacent dans la majorité des cas; la parésie des extremités inférieures disparaît ou se perd dans l'adynamie musculaire générale.

§ 40. — La moelle épinière est-elle, à partir de ce moment, revenue à son état normal? Alors que dans l'économie tout entière il est impossible de trouver une seule fonction qui s'accomplisse comme à l'état physiologique, le centre rachidien aurait-il le privilége d'être désormais étranger au travail pathologique? Il est difficile de le croire, et si le plus souvent il ne semble manifester sa participation que d'une manière vague et douteuse, c'est sans doute parce qu'il est difficile de démêler, dans l'affaissement ou la surexcitation générale, ce qui appartient aux diverses parties du système nerveux. Cet état pathologique, latent si on le veut, sera rendu plus évident quand il aura été possible de montrer dans quelle mesure la moelle entre en jeu, lorsque les symptômes graves de l'ataxie surviennent seuls ou associés à ceux de l'adynamie. En attendant que ce travail ait pu être fait, il est au moins évident qu'au déclin et au sortir de la fièvre ty-

phoïde, la moelle reparaît avec une susceptibilité morbide, un défaut de résistance, un équilibre instable, qui montrent qu'elle a souffert comme toute l'économie, sans qu'aucune cause connue, accidentelle, ait fait sentir son influence ; on voit alors survenir des rétentions d'urine, des paraplégies consécutives, etc. Chez les jeunes garçons, nous avons observé souvent un entraînement irrésistible à l'onanisme, alors que, d'après les renseignements positifs, confirmés par l'examen direct, cette habitude n'était pas antérieure à la maladie. D'autre part, sous l'influence d'une cause accidentelle, on voit cette prédisposition morbide de la moelle se manifester quelquefois par l'apparition d'accidents semblables à ceux que nous avons vus se produire dans le cours de la maladie. Ainsi dans l'observation suivante.

Obs. XXIX (observation 3 de MM. Lombard et Fauconnet). — *Fièvre typhoïde, douleurs lombaires, convalescence, refroidissement, retour des douleurs lombaires; douleurs à l'hypogastre, à la nuque, aux épaules; hyperesthésie spinale; engourdissement des cuisses et des jambes. Guérison.* — Une domestique, âgée de 24 ans, qui avait éprouvé beaucoup de fatigues en soignant une malade, fut prise de céphalalgie, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, de douleurs abdominales sans diarrhée et de *douleurs lombaires.* Entrée à l'hôpital le 16 février 1841 (septième jour de la maladie), elle avait alors la peau chaude, le pouls à 100, des bourdonnements d'oreille, de la céphalalgie, des vertiges, des battements dans la tête, de l'insomnie et de l'agitation pendant la nuit, de la toux, quelques douleurs abdominales sous la pression, et du gargouillement iléo-cæcal. Il existe trois ou quatre taches rosées lenticulaires sur les parois de l'abdomen. — On prescrit 2 grammes de calomel tous les matins.

17 février (huitième jour). La malade n'a eu qu'une selle liquide. Le pouls est de 92 à 96; la peau est chaude; la langue, les lèvres et

les dents, sont sèches ; insomnie, rêveries, vertiges et céphalalgie ; il existe une toux sèche ; les taches sont plus nombreuses qu'hier ; il y a de la prostration.

Les jours suivants, les différents symptômes avaient plutôt diminué et la malade paraissait en pleine convalescence les premiers jours de mars. Malheureusement, le 11 mars, elle prit froid en sortant d'un bain, et elle se plaignit immédiatement d'une *douleur très aiguë dans la région hypogastrique et dans les côtés du ventre; il existait aussi des douleurs lombaires très-intenses.* — On appliqua 8 sangsues à l'épigastre.

13 mars. *La douleur hypogastrique a complétement cessé, mais s'est transportée avec autant de violence dans l'hypochondre gauche qui est excessivement sensible à la pression.* Le pouls est plein et fréquent; l'abdomen n'est point tendu. Il n'existe point de douleurs dans la fosse iliaque droite. — On applique 12 sangsues sur le côté douloureux, et on administre toutes les trois heures une cuiller à soupe d'une potion composée d'un gros et demi de teinture d'opium, 1 gros de teinture d'aconit, 5 onces de loock blanc et 1 once de sirop d'althéa.

14 mars. *La douleur existe encore au côté gauche, et elle s'est étendue à la nuque et aux épaules ; la pression des premières vertèbres dorsales est excessivement douloureuse et amène à l'instant une douleur intolérable dans le côté gauche.* Il y a constipation depuis quatre jours ; le pouls est à 80. — On applique 12 sangsues sur les vertèbres douloureuses. — On administre 2 grammes de calomel et l'on continue la potion.

Le 15. Les sangsues ont beaucoup saigné, *la douleur de la nuque et des épaules persiste au même degré et rend les mouvements de la tête et du tronc très-douloureux. La pression sur les vertèbres dorsales est toujours aussi sensible.* Il n'y a pas eu d'évacuations. Le pouls est à 96.— On répète la poudre de calomel ; on administre l'eau de Sedlitz et l'on applique encore 12 sangsues sur les vertèbres douloureuses.

Le 16, on a obtenu six selles copieuses par les purgatifs ; *la douleur de côté est moins intense ; la douleur sous la pression des vertèbres dorsales est toujours très-aiguë.*

Les jours suivants, *la douleur de la nuque, des épaules et du côté a plutôt diminué; mais la malade se plaint d'engourdissement dans les cuisses et les jambes. Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales restent douloureuses sous la pression pendant quelque temps.* Les symptômes se dissipèrent graduellement, et la malade sortit le 19 mars, encore faible, mais n'ayant plus de douleurs. On avait appliqué un vésicatoire sur les vertèbres dorsales et fait des frictions avec la pommade de morphine.

Il est donc établi pour nous que, dans la période prodromale et au début de la fièvre typhoïde, la moelle épinière est atteinte au même titre et suivant les mêmes modes que le cerveau, et qu'elle l'est encore, dans une mesure moindre et plus difficile à discerner, dans tout le cours et au déclin de la maladie.

§ 41. — Mais, à côté de ces cas qui peuvent être considérés comme types, il en est d'autres où après les symptômes du début, l'affection de la moelle ne reste pas ainsi limitée. Au lieu de symptômes diffus, malaisés à discerner, elle fait éclater des accidents nets, saillants, clairs dans leur signification; au lieu de se limiter à la moelle épinière proprement dite, elle envahit dans sa marche ascendante jusqu'au bulbe.

La rachialgie et l'hyperesthésie spinale gagnent en étendue et en intensité, s'accompagnent d'une hyperesthésie cutanée ou musculaire, qui des extrémités inférieures s'étend à l'abdomen, au thorax, aux extrémités supérieures; d'irradiations douloureuses diverses, de fourmillements dans les extrémités, plus rarement d'analgésie; d'engourdissements, d'une paralysie plus ou moins complète, ou bien d'affections spasmodiques diverses des muscles de la

vie animale, de spasme ou de paresse vésicale, d'une dyspnée excessive, de toux convulsive, de spasmes du larynx ou du pharynx, de troubles de la parole, de spasmes dans les muscles innervés par le nerf spinal, etc.; ces divers symptômes, diversement groupés entre eux, existent pendant un temps variable, mais qui ne dépasse pas la durée de la fièvre typhoïde, et disparaissent presque toujours sans avoir imprimé à l'organisme aucune trace de leur passage, ou en laissant seulement à leur suite une susceptibilité plus ou moins grande de la moelle épinière à l'influence des agents extérieurs. Il y a des cas les plus simples aux plus accentués, des transitions diverses, ménagées, insensibles : *natura non facit saltus.*

§ 42. — N'est-ce pas précisément ainsi que les choses se passent pour les symptômes cérébraux? Et ne voit-on pas ceux-ci se grouper d'une manière tout aussi variable, souvent contradictoire, si on veut, l'excitation la plus vive se mêlant, à l'occasion, avec un affaissement profond, et cela en dehors de toute complication? Or, de même que dans des cas donnés, le tumulte des fonctions cérébrales se place au premier rang de l'ensemble symptomatique, de même, dans une certaine série de faits, les symptômes spinaux dominent la scène.

De la prédominance des symptômes cérébraux est née, pour la plupart des pathologistes, l'expression de forme cérébrale de la fièvre typhoïde. Or, si l'on accepte cette dénominaiton, on devra admettre de même la forme spinale de cette maladie. Il s'agit de faits du même ordre, la logique veut que les mêmes principes de nomenclature leur soient appliqués.

Quant aux faits très-exceptionnels dans lesquels il faut

admettre une congestion violente des méninges rachidiennes, ou une méningite spinale, etc., ils ont leurs analogues dans l'histoire des accidents cérébraux; il y a là une complication incontestable, mais cette complication, déclarée telle de par l'anatomie pathologique, ne change rien à la signification des faits où elle n'existe pas; pas plus qu'on n'arguera, contre l'admission de la forme pectorale de la fièvre typhoïde, de l'apparition d'une pneumonie lobaire chez un certain nombre de sujets.

Dira-t-on qu'il convient de réserver le nom de formes de la fièvre typhoïde pour désigner le caractère général, la modalité phénoménale de la maladie (forme ataxique, adynamique, etc)? Je reconnais, il est à peine besoin de le dire, la nécessité de résumer cet ordre de faits dans une dénomination simple et précise; mais on peut en réclamer autant, à juste raison, pour la prédominance des symptômes propres à un appareil, et en attendant qu'il plaise à quelque néologiste d'inventer une expression nouvelle à cet effet, nous ne pourrons pas plus nous dispenser de compter avec les formes cérébrales, spinales, etc., qu'avec les formes ataxique ou adynamique.

Je crois inutile, par contre, de réserver un nom spécial aux cas dans lesquels la prédominance symptomatique est telle qu'elle menace d'égarer le diagnostic; le danger, dans cette nomenclature, varie suivant le degré d'habileté ou d'attention du médecin. C'est un médiocre criterium, et, en apportant à l'examen des malades une rigueur suffisante, je doute fort qu'à ce titre, on rencontre facilement un seul cas de forme cérébrale ou thoracique. Il n'en est pas autrement pour la forme spinale. Je dois cependant citer ici l'observation 74 de Forget, dans laquelle la cé-

phalalgie occipitale, étendue vers le rachis, masqua complétement la fièvre typhoïde au commencement.

Obs. XXX. — Mme X....., âgée de 40 ans, de constitution grêle, nerveuse, très-distinguée par ses talents et son caractère, était sujette à des névralgies vagues qui le plus souvent affectaient la face, mais parfois paraissaient dans d'autres parties du corps. Au commencement de décembre 1839, elle ressentit des *douleurs de tête* assez vagues, *occupant surtout l'occiput ;* en même temps, un certain endolorissement dans le bas-ventre et de la constipation se manifestèrent, le pouls avait de l'accélération, etc. Mme X..... prit tout cela pour des retours de névralgie erratique, et la sagacité de la malade fit croire à ses paroles ; les émollients, les bains, les saignées locales, la diète et la chaleur du lit, puis les calmants n'apportèrent pas de soulagement à son mal. Je fus appelé douze ou quinze jours environ après l'invasion de ces symptômes, pour aider de mes conseils le confrère qui déjà donnait des soins à la malade.

Je trouvai celle-ci se plaignant de *douleurs de tête occipitales s'étendant vers le rachis ;* ce qui l'inquiétait surtout, c'était la gêne, les gargouillements du ventre, l'endolorissement à la pression, la constipation, tous phénomènes que la malade, quoique forte de caractère, sentait devoir la mener au tombeau. « Je suis plus malade que je n'en ai l'air, disait-elle, j'en mourrai, vous verrez. » Nous constatâmes anorexie, langue très-saburrale, bouche mauvaise, sensibilité, crépitation de l'abdomen, surtout au flanc droit, où existe un empâtement, une tumeur mal circonscrite, située au-dessous des fausses côtes et au-dessus de la crête iliaque droite. Pouls assez fréquent et dur, sans développement ; poitrine normale ; point de prostration, point de facies typhoïde, la malade se lève pour vaquer à ses besoins. Cette circonstance, jointe aux assertions de Mme X....., qui s'obstinait à ne voir dans tout cela que sa névralgie, éloigna un instant l'idée d'entérite folliculeuse, bien que la localisation abdominale fût patente et fixât toute mon attention. Nous insistâmes sur les saignées locales, les émollients, les narcotiques, puis les frictions mercurielles, les lavements fréquents qui procuraient très-peu de matières, etc.

Après trois jours d'observation, malgré l'absence d'appareil typhoïde, je commençai à redouter un résultat fâcheux, et ne voulant pas assumer la responsabilité d'une vie si précieuse, je priai Mme X..... de nous adjoindre un troisième confrère. Lorsque nous vîmes tous trois la malade le lendemain, l'hébétude, peu sensible la veille, s'était mieux dessinée dans les traits; et, après examen attentif, nous fûmes d'accord sur l'existence d'une fièvre typhoïde (entérite folliculeuse). Quant au traitement, considérant cette constipation opiniâtre, cet infarctus abdominal, mes deux collègues furent d'avis de passer au purgatif. J'insistai vivement pour qu'on s'en tînt aux lavements; mon avis n'ayant pas prévalu, je désirai que du moins le purgatif fût aussi mitigé que possible, et nous convînmes du suivant: Sulfate de magnésie, 8 grammes; eau, 120 grammes; sirop de fleurs de pêcher, 30 grammes, à prendre par cuillerées d'heure en heure. Émollients. Dès les premières cuillerées les selles eurent lieu, et il y en avait eu une vingtaine lorsque nous revîmes la malade le soir. Mais, hélas! cette liberté du ventre tant désirée se maintint à l'état de diarrhée incoercible, laquelle, au bout de quelques jours, devint involontaire; en même temps, la prostration, les fuliginosités buccales, la fréquence du pouls, s'accrurent; à part un peu de somnolence ultime, les idées restèrent parfaitement nettes, et la malade vit arriver la mort avec un admirable stoïcisme. On pensa pouvoir pallier ces accidents au moyen de quelques toniques auxquels nous accédâmes, dans l'état désespéré où se trouvait la malade, qui succomba dans les premiers jours de janvier 1840, après un mois environ de maladie, et quinze jours après l'établissement de la diarrhée provoquée par le purgatif.

En définitive, l'établissement classique des formes sur la base des prédominances symptomatiques me paraît légitime, et c'est dans ce sens qu'il convient d'inscrire à côté des formes cérébrale, pectorale, etc., la *forme spinale*.

Que si maintenant cette forme existe rarement, ou n'existe jamais pure et sans mélange, ce n'est pas là un

privilége. On a vu qu'elle peut s'associer à des accidents thoraciques ou cérébraux graves (voir les obs. III, VI, VII, XVIII, XIX, XXII, XXII *bis*, etc.). Ce dernier groupement est surtout fort important au point de vue du diagnostic, et ce n'est pas sans raison que M. Wunderlich appelle tout spécialement l'attention sur les *formes cérébro-spinales* de la fièvre typhoïde. Ajoutons que la putridité paraît coïncider rarement avec une grande intensité des symptômes spinaux.

Il nous resterait à compléter ce qui vient d'être dit, en étudiant la pathogénie ou la physiologie pathologique des symptômes spinaux de la fièvre typhoïde. Mais nous nous sentons arrêté ici par la crainte de nous égarer dans les hypothèses, et nous nous bornerons à faire remarquer : 1° que ces symptômes ne sauraient être considérés comme faisant partie intégrante de l'appareil fébrile, attendu qu'ils subsistent parfois quand déjà la fièvre est éteinte ; 2° qu'on ne saurait les ranger parmi les troubles fonctionnels qui peuvent se rattacher, à titre de phénomènes réflexes, aux altérations de la muqueuse digestive, puisqu'ils existent souvent à une époque où ces lésions ne se sont pas encore produites. Dans le chapitre suivant, nous présenterons les quelques notions que nous possédons relativement à l'étiologie des prédominances spinales.

CHAPITRE V.

Étiologie.

§ 42. — Quelles sont les causes sous l'influence desquelles la fièvre typhoïde revêt la forme spinale ? On sait que la même question, depuis longtemps soulevée au sujet

des autres formes, généralement admises, est encore aujourd'hui un des points les moins éclaircis de l'histoire de la fièvre typhoïde. On verra que nous ne sommes guère mieux renseignés sur le compte de la forme spinale.

Les conditions acquises, inhérentes à l'organisme qui devient malade, d'une part ; d'un autre côté, les influences extérieures qui peuvent modifier sinon la nature de l'agent morbifique spécifique, au moins son mode d'action, d'évolution : telles sont les deux catégories qui se présentent successivement à l'examen.

§ 43. — I. Il suffit d'un coup d'œil jeté sur les faits que nous avons réunis, pour s'assurer que la forme spinale a été observée surtout chez des enfants ou chez des adolescents du sexe féminin.

Les symptômes spinaux paraissent d'ailleurs se multiplier, devenir intenses, et persister longtemps, surtout chez les sujets dont le sang est appauvri au moment où ils tombent malades, ou qu'un traitement spoliatif a rendus prématurément anémiques.

Il faut admettre sans doute, chez ces sujets, une prédisposition maladive du système nerveux ; mais nous ferons remarquer que chez aucun des enfants dont nous avons rapporté l'histoire on n'a pu constater une disposition aux convulsions, et que parmi toutes les femmes, deux seulement étaient hystériques : à savoir, la malade de l'obs. XXII *bis*, qui présenta une des formes spinales les mieux accusées, et la nommée Caoussin, inscrite au n° 8 sur le relevé du § 38, et chez laquelle les symptômes spinaux ne furent pas plus accentués que chez une foule de femmes non hystériques.

§ 44. — II. La forme spinale de la fièvre typhoïde n'apparaît exclusivement ni dans les cas sporadiques ni en temps d'épidémie. Ce dernier cas, toutefois, est peut-être le plus fréquent. Les épidémies de Calw, de Cracovie, de Fresnes, nous en ont fourni des exemples. Il faut peut-être en dire autant de quelques-uns au moins des faits recueillis par MM. Lombard à Genève et dans les environs. La fréquence et l'intensité des symptômes spinaux varient d'ailleurs autant que les autres symptômes dans les diverses épidémies. C'est ainsi que M. Barthez a observé ces symptômes bien moins fréquemment en 1863 qu'en 1862.

L'épidémie de Calw est incontestablement une des plus intéressantes. On jugera, par l'extrait suivant, de l'importance qu'y revêtirent les symptômes spinaux.

«Dans un certain nombre de eas, et à toutes les phases de la maladie, on observait des lypothymies. Elles suceédèrent à des convulsions générales chez plusieurs sujets. Un malade, qui en fut atteint tout au début, éprouvait en même temps des crampes dans les mollets; ehez une jeune fille, elles apparurent à la suite d'une épistaxis abondante, et, dans un autre cas, à la suite d'évaeuations aqueuses nombreuses. Tous ees malades guérirent.

«Parmi les symptômes d'origine spinale, il faut noter d'abord.... les douleurs et la roideur de la nuque, qui ne manquèrent jamais dans les formes muqueuse et typhoïde, les douleurs dans les extrémités, les névralgies de toute espèee, et, d'autre part, diverses anesthésies. Les troubles de la motilité n'étaient pas moins variés: le trismus avee ou sans tétanos, avee ou sans perte de eonnaissanee (dont deux eas de guérison et un suivi de mort), des spasmes cloniques, des convulsions générales sans perte de connaissance, une attaque d'épilepsie, etc. Le hoquet, lorsqu'il eoïncidait avec l'état fébrile, était un signe d'une léthalité absolue; pendant la eonvalescenee, il n'avait pas la même signifieation, et était seulement très-pénible. Les grineements de dents rembrunissaient également le pronostie; sur

quatre malades qui présentèrent ce symptôme, deux succombèrent. Chez plusieurs malades on observa des paroxysmes asphyctiques, attribuables, selon toute apparence, à un spasme du larynx. La strangurie, signe d'un spasme du sphincter vésical, se produisait assez fréquemment.

«Parmi les symptômes les plus frappants, il faut citer la paralysie, incomplète ou complète, des organes de la parole; chez plusieurs malades, l'exercice de la parole fut, pendant un temps plus ou moins long, très-entravé ou complétement supprimé, sans qu'il fût possible de rattacher ce symptôme à la sécheresse ou à la roideur de la langue. D'une manière générale, au reste, des phénomènes paralytiques se manifestèrent assez fréquemment : ainsi, paralysie des muscles du dos, paraplégie (coïncidant avec le tétanos dans un cas). Chez les malades les plus gravement atteints, on constata une paralysie de l'œsophage, et chez la moitié de ces sujets, la terminaison fut mortelle. Une faiblesse générale de tout le système musculaire, un abattement considérable comptaient parmi les symptômes constants, et leur intensité était en raison directe de la gravité de la maladie. L'affaiblissement persistait d'ailleurs pendant la convalescence et la rendait plus pénible. La convalescence fut presque toujours, même dans les cas de *fièvre gastrique*, longue et laborieuse. Les sujets gravement atteints arrivaient à cette phase dans un état de débilité et d'affaissement musculaire extrêmes, d'hébétude intellectuelle, d'amaigrissement et d'atrophie musculaire tels, que plusieurs d'entre eux présentaient l'aspect d'un squelette revêtu d'une peau parcheminée.»

Lorsqu'on compare entre elles ces diverses épidémies, on ne trouve aucun trait, en dehors des symptômes spinaux, qui leur soit commun à toutes. M. Bourgogne attribue l'épidémie dont la population de la verrerie de Fresnes fut atteinte et dont il a été témoin, au creusement d'un canal, à 200 mètres de la verrerie. L'influence du miasme paludéen serait venue s'ajouter à celle du miasme de le fièvre typhoïde. Nous ne pouvons accepter cette manière de voir, car alors que la

fièvre typhoïde frappait coup sur coup vingt-sept personnes attachées à la verrerie, pas un seul des ouvriers employés au creusement du canal ne fut atteint de fièvre intermittente. La coïncidence admise par M. Bourgogne serait d'ailleurs tout à fait exceptionnelle. Il est vrai que dans l'épidémie de Calw la fièvre présentait souvent des rémissions à type tierce, mais cette anomalie ne fut jamais justiciable du sulfate de quinine.

§ 45. — L'une des observations que nous avons rapportées (obs. VIII, § 17) a été recueillie pendant l'épidémie de méningite cérébro-rachidienne de Strasbourg. Il paraît, et c'est là une remarque qui mérite d'être relevée, que la même coïncidence s'est présentée à plusieurs reprises sur une large échelle. « Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer, dit M. Wunderlich (*loc. cit.*, t. III, p. 512), que, pendant le règne des épidémies de méningite, on a observé à plusieurs reprises des formes de typhus avec symptômes cérébro-spinaux frappants en Italie, dans le midi de l'Allemagne, où j'ai vu moi-même des faits de ce genre » (1).

M. Wunderlich paraît disposé, en conséquence, à penser comme plusieurs auteurs allemands, M. Eisenmann entre autres (V. *Canstatt's Jahresbericht*, 1847-1852, t. IV), qu'il existe « des formes de transition entre les deux mala-

(1) Il en a été ainsi dans une épidémie qui régna pendant les mois de mai et de juin 1846 dans la ville de Heilbronn. (Voir Sicherer, *Zwoelfter Jahresbericht*, etc. ; *Wuert. Corresp. Bl.* et *Canst. Jahresb.*, t. IV, p. 74 ; 1847.) La même observation a été faite en Suède par le Dr Egerström, de Swinhold. — Voir Von dem Busch, *Ueber die in den Wintern*, 1054-1855, *sowie in den Wintern von* 1856-1867, *in Verschiedenen Länen Schweden's geherrschte Hirnfieberepidemie*, in *Dentsche Klinik*, 1860.

dies. » On sent aisément ce qu'il y a de prématuré dans une pareille conclusion, et M. Wunderlich s'empresse d'ailleurs d'ajouter : « Mais à cet égard encore l'histoire du typhus nous présente d'autres faits analogues ; lorsqu'il existe simutanément avec d'autres maladies, il leur emprunte souvent quelques-uns de leurs caractères : ainsi de la bronchite, quand dominent les affections thoraciques ; des érythèmes pendant les épidémies de scarlatine ; des affections articulaires et des suppurations du tissu cellulaire lorsque règne le rhumatisme ; des rémissions et des exacerbations tranchées à l'époque des fièvres intermittentes, etc. »

Au total, soit que nous envisagions la prédisposition individuelle, soit que nous nous adressions aux influences extérieures, l'étiologie de la forme spinale de la fièvre typhoïde reste à peu près aussi énigmatique que celle des autres formes.

§ 46. — Nous avons parlé plus haut de la tétanie qui affecte assez souvent les sujets convalescents de la fièvre typhoïde et qui se montre aussi quelquefois, quoique plus rarement, dès les premières phases de cette maladie. Ces contractures ne sont pas rares, comme on sait, dans la convalescence des diverses maladies aiguës, et on pense généralement qu'elles se produisent alors à la suite d'un refroidissement ou sous l'influence d'une cause plus générale, telle que le génie rhumatismal de la constitution médicale régnante. Il y a donc à distinguer dans ces cas la prédisposition commune, créée par les diverses maladies primitives, et une cause déterminante accidentelle.

En tenant compte de ces faits, nous étions disposé tout d'abord à ne pas comprendre la tétanie dans notre cadre

et à la reléguer dans la catégorie des complications accidentelles de la fièvre typhoïde. Ce qui nous semble prouver toutefois que cette manière de voir ne serait pas tout à fait exacte, ce sont les faits observés en 1855 par Aran à l'hôpital Saint-Antoine. Douze malades, tous affectés de fièvre typhoïde, présentèrent successivement les contractures en question, et quand l'attention d'Aran fut appelée sur ces faits, ils se reproduisaient déjà depuis plusieurs mois dans son service. Or, rien de semblable ne fut observé, à la même époque, chez les sujets convalescents d'autres maladies aiguës. Les typhoïques seuls en avaient le privilége, et, s'il n'est guère possible de méconnaître là une influence épidémique spéciale, on est bien forcé anssi de convenir que la fièvre typhoïde avait créé chez ces malades une aptitude morbide spéciale de la moelle épinière. Une série analogue de faits s'est présentée, il y a quelques années, dans le service de M. Barthez. Il ne s'agit donc pas là d'une coïncidence purement fortuite; mais, d'une autre part, nous ne saurions assigner à la tétanie la même place dans l'histoire de la fièvre typhoïde qu'à la généralité des symptômes spinaux. Son apparition est seulement de nature à mettre en évidence l'atteinte latente que la moelle épinière a subie, l'aptitude morbide que la fièvre typhoïde y a engendrée, et c'est à ce titre que nous avons cru utile d'en parler.

§ 47. — Nous devons ajouter enfin que les symptômes spinaux de la fièvre typhoïde n'échappent pas plus que les symptômes cérébraux au retentissement de certaines complications accidentelles. Nous avons vu, par exemple, dans l'observation XXIV (§ 32), l'analgésie cutanée succéder à l'hyperesthésie sous l'influence d'une complica-

tion de diphthérie. Dans l'observation III (§ 10), une complication de pneumonie s'accompagna d'une recrudescence de l'hyperesthésie. Chez un jeune garçon âgé de 11 ans (entré le 4 septembre 1862 dans le service de M. Barthez, salle Saint-Benjamin, n° 27, mort le 16), on nota, le cinquième jour de la maladie, une hyperesthésie médiocre de la peau des extrémités inférieures et des apophyses épineuses. Ce symptôme avait disparu dès le lendemain. Le dixième jour, survint une double pneumonie ; dès ce moment retour de l'hyperesthésie, qui s'étend à tout le corps et à la série complète des apophyses épineuses, et persiste jusqu'à la mort.

Que s'était-il donc passé dans ce cas ? L'état morbide de la moelle, dans les derniers jours, était-il sous la dépendance de la fièvre typhoïde seule ou de la pneumonie seule ? Ni l'un ni l'autre. La fièvre typhoïde avait inauguré une prédisposition qui ne devint patente que lorsque survint cette pneumonie, laquelle d'ailleurs, dans d'autres conditions, aurait pu suffire à elle seule pour provoquer l'explosion des accidents spinaux.

CHAPITRE VI.

Diagnostic.

§ 48. — Ce serait en effet se tromper étrangement que de croire que la fièvre typhoïde possède le monopole de ces symptômes, à l'exclusion des autres maladies aiguës. Il y a à cet égard, dans le travail d'ailleurs si consciencieux de MM. Lombard et Fauconnet, une erreur grave contre laquelle on ne saurait trop protester. « On a pu voir, disent les médecins de Genève, que les symptômes spinaux ont

beaucoup servi pour le diagnostic des cas douteux ; souvent ils ont suffi pour faire reconnaître, dès le principe, la nature typhoïde d'une maladie qui se présentait quelquefois sous forme de douleur occipitale, de rhumatisme musculaire du cou, du tronc ou des membres, ou qui, dans quelques cas, occasionnait une gêne extrême de la respiration et divers symptômes, que l'on eût pris aisément pour des maladies idiopathiques des organes sous-jacents plutôt que pour des lésions dépendant d'un état morbide de la moelle épinière, qui venait ainsi compliquer une fièvre typhoïde. »

Je ne crains pas d'affirmer que, si on acceptait ce criterium avec la portée que lui reconnaissent MM. Lombard et Fauconnet pour les faits douteux, on se tromperait cent fois, et qu'on prendrait pour une fièvre typhoïde des pneumonies, des pleurésies, des bronchites fébriles à leur début, des érysipèles imminents, des embarras gastriques fébriles, des angines, etc., etc. Les symptômes spinaux que nous avons décrits peuvent s'associer presque tous à la plupart des maladies aiguës. Le plus souvent, à la vérité, ils sont mitigés, mais il n'en est pas toujours ainsi. Nous venons de voir quelle intensité a pu revêtir l'hyperesthésie développée sous l'influence d'une pneumonie double, chez un sujet prédisposé, il est vrai. Nous avons rapporté plus haut une observation de phthisie granuleuse aiguë où ce symptôme se présentait avec les caractères les plus tranchés et avec une persistance remarquable. A l'époque où nous observions ce fait, nous nous trouvions au début de nos recherches, et nous crûmes pouvoir diagnostiquer, sur la foi de cette hyperesthésie, une fièvre typhoïde. La marche ultérieure de la maladie ne tarda pas à montrer combien nous nous étions trompé.

Un garçon âgé de 15 ans, reçu au printemps de cette année dans le service de M. Tardieu, avait été apporté à la consultation sur les bras de sa mère. Il ne pouvait marcher, et on le croyait atteint d'une paralysie des extrémités inférieures ou d'un rhumatisme articulaire. Quand je l'examinai, il se plaignait seulement de douleurs violentes dans les genoux, et d'une telle faiblesse dans les extrémités inférieures qu'il ne pouvait marcher. Les extrémités inférieures et la moitié inférieure de l'abdomen étaient le siége d'une hyperesthésie cutanée et musculaire excessive, et la pression exercée sur les dernières apophyses épineuses cervicales et les premières dorsales provoquait une douleur intolérable. Eh bien, ce garçon était au quatrième jour d'une pneumonie qui était guérie dix jours plus tard.

Il serait facile de multiplier ces exemples, mais ce serait nous écarter de notre sujet, et je me contenterai d'ajouter une citation relative au typhus exanthématique (épidémie de Dublin, 1834-35). Il serait difficile d'exagérer l'importance du fait qui s'y trouve signalé, car c'est Graves qui parle :

« L'épidémie actuelle nous présente une autre particularité que j'ai déjà rencontrée dans beaucoup de fièvres, tant sporadiques qu'épidémiques, et sur laquelle je désire vivement appeler votre attention ; je veux parler de la sensibilité anormale de toute la surface du corps. Cette sensibilité est telle, que le malade ne peut supporter la pression même du doigt, et qu'il cherche à s'y soustraire, quel que soit d'ailleurs le point des téguments qui soit affecté. Cette hyperesthésie provient d'une état d'irritation du système nerveux central ; elle est souvent accompagnée de douleurs vives dans le dos et dans les lombes, douleurs qui indi-

quent une congestion de la moelle. Or, au point de vue pratique, ce symptôme mérite attention : si en effet le médecin le néglige et se borne à rechercher l'effet de la pression sur l'épigastre seulement, il sera exposé à se tromper; il pourra croire que cette sensibilité anormale n'existe que dans ce point là, et qu'il faut la combattre par une application de sangsues au creux de l'estomac. » (Graves, *Leçons de clinique médicale ;* traduction de M. Jaccoud. 2e édit., t. I, p. 296.)

En résumé donc, les symptômes spinaux, si l'on voulait s'en servir pour différencier la fièvre typhoïde au début des diverses maladies qui peuvent la simuler, serviraient bien plus souvent à égarer le diagnostic qu'à le fixer, et il importait de redresser l'erreur dans laquelle MM. Lombard et Fauconnet sont tombés à cet égard.

§ 49. — Ce n'est pas seulement dans ces circonstances que les symptômes spinaux de la fièvre typhoïde peuvent être le point de départ d'erreurs diagnostiques. Nous les avons vus simuler des affections rhumatismales, névralgiques ; on a pris des fièvres typhoïdes à forme spinale pour des méningites rachidiennes (voir l'obs. XVII, § 24 ; M. Hirsch, *loc. cit.*, avoue qu'il a commis plusieurs fois la même erreur) ou cérébro-rachidiennes (voir les obs. VIII et XII).

Chez une de nos malades, atteinte d'hyperesthésie, un examen insuffisant de l'abdomen avait fait craindre une complication péritonéale à une personne très-exercée d'ailleurs au diagnostic médical. On voit assez par là que la connaissance des symptômes spinaux de la fièvre typhoïde est de nature à mettre l'esprit en garde contre certaines erreurs de diagnostic, sinon à les faire éviter.

Nous n'avons rien à dire des cas dans lesquels les symptômes spinaux masquent le début de la fièvre typhoïde en simulant un rhumatisme ou une névralgie. Il suffit de savoir que ces faits existent, et, la question de diagnostic différentiel étant posée, l'examen sévère et scrupuleux de tous les symptômes la résoudra. Que l'on ne voie par là un lieu commun. Les cas dont il s'agit ici sont précisément de ceux où la simplicité apparente du problème fait glisser légèrement sur des symptômes, dont il importe au plus haut point de tenir compte.

§ 50. — La méningite rachidienne simple diffère trop de la fièvre typhoïde à forme spinale pour que l'erreur soit possible. Nous avons exposé, plus haut, les considérations d'après lesquelles nous croyons pouvoir distinguer cette forme des cas où une fièvre typhoïde se compliquerait accidentellement de méningite rachidienne. C'est, du reste, un point qui reste à l'étude, et qui ne sera définitivement jugé que lorsque nous aurons des exemples bien observés de cette dernière coïncidence.

§ 51. — Lorsqu'on envisage en bloc les symptômes de certaines formes de méningite cérébro-spinale, on ne peut s'empêcher de leur reconnaître une grande analogie avec l'ensemble phénoménal des formes cérébro-spinales de la fièvre typhoïde. Le diagnostic différentiel n'en repose pas moins sur les bases qui ont été jetées depuis longtemps par des mains de maître. M. le professeur Tourdes, de Strasbourg, le formulait en ces termes, dans sa *Relation de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à Strasbourg, en* 1840 *et* 1841 (p. 164):

« Les deux maladies se distinguent dès l'invasion, brusque dans l'une et caractérisée par des phénomènes exclusi-

vement nerveux, moins soudaine dans l'autre et accompagnée de symptômes gastriques. La céphalalgie atroce, la rachialgie, l'expression grimaçante de la face, le renversement de la tête, les convulsions, le délire alternant avec le coma et l'intégrité des facultés, contrastent avec l'expression de stupeur, le délire plus sourd, les douleurs moins aiguës, l'affaissement de l'intelligence, la résolution des membres. La fuliginosité de la langue, la diarrhée, le météorisme de l'abdomen, les hémorrhagies intestinales et buccales au lieu de phénomènes gastriques légers, l'intensité de la fièvre opposée au ralentissement ou à l'état normal de la circulation, les sudamina et les pétéchies aux éruptions vésiculeuses.....: tels sont les caractères distinctifs qui, d'une manière générale, ne permettent point de confondre les deux affections. »

Une pareille formule n'a sans doute rien d'absolu, mais elle présente un résumé excellent de tous les éléments importants du problême. Nous ferons seulement remarquer que dans la forme spinale de la fièvre typhoïde la diarrhée est souvent remplacée par la constipation, et que, d'autre part, la diarrhée n'est pas rare dans certaines épidémies de méningite cérébro-spinale. Elle était fréquente dans l'épidémie du bagne de Rochefort (Lefèvre, *Recherches historiques sur la maladie qui a régné au bagne de Rochefort*, etc.; *Annales maritimes et coloniales*, mars 1840). Dans celle qui ravagea la Suède, en 1856, elle était la règle (voir Von dem Busch, *loc. cit.*) (1).

Ajoutons, d'autre part, que lorsque la fièvre typhoïde a revêtu la forme cérébro-spinale bien dessinée, son début

---

(1) Voir aussi Rœsch, *Typhus cerebro-spinalis*, in *Wurtemb. Corresp. Bl.*, 1850, n° 3, et *Canstatt's Jahresb.*, t. IV, p. 125; 1850

remonte à peu près toujours à une époque assez éloignée. La méningite cérébro-spinale franche ne connaît pas ces lenteurs.

Il faut convenir toutefois que le diagnostic des formes cérébro-spinales de la fievre typhoïde est parfois d'une difficulté extrême. On en trouvera un exemple dans l'observation suivante.

Obs. XXXI. — N..... (Sophie), âgée de 11 ans, habitant Paris depuis un an, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Mathilde, lit n° 28, service de M. Barthez, le 12 février 1862.

Anamnestiques. Mère morte de la poitrine, père bien portant, une des sœurs de la malade est toujours maladive.

Bonne santé habituelle jusque dans ces derniers temps.

Le 8 février, l'enfant est prise de mal de tête, avec étourdissements et perte d'appétit. Ce jour et le lendemain 9, elle est triste, répondant à peine aux questions qui lui étaient adressées.

Elle garde le lit depuis le 9.

Vomissements, épistaxis, dans la journée du 11. Depuis le même jour, perte de la parole et de l'intelligence.

Un peu d'agitation pendant la nuit du 10 au 11, deux ou trois selles diarrhéiques, dents serrées assez fortement les unes contre les autres.

Au moment de l'entrée de l'enfant, on remarque quelques légers mouvements brusques des extrémités supérieures. Pour le reste, on constate à peu près les mêmes symptômes qu'à la date du 13 (le lendemain). Dans la soirée, application de sinapismes, qui ne produisent pas d'effet bien appréciable.

État actuel, 13 février. Décubitus dorsal; masque pâle, contrastant avec la *coloration bleuâtre, cyanotique, des joues ;* pas de cyanose des lèvres; la face n'exprime ni apathie, ni abattement ni douleur; en réalité, son expression est nulle, comme le serait celle d'une personne soustraite à toutes les influences extérieures; les paupières sont légèrement abaissées sur les yeux, qui exécutent de temps en temps quelques mouvements dans divers sens, sans pa-

raître fixer aucun objet; les pupilles sont dilatées; toutefois les iris se contractent un peu lorsque, après avoir rapproché les paupières, on les écarte de nouveau; *la vision paraît être abolie* à peu près complétement, et il semble, au premier abord, qu'il en soit de même pour l'ouïe, puisque les interpellations les plus vives ne provoquent pas la moindre réaction : toutefois, en criant très-fort dans un stéthoscope approché du méat auditif, on remarque que la malade détourne la tête.

Elle reste, abandonnée à elle-même, à peu près immobile, et *n'a pas prononcé une parole* depuis son entrée; les *dents sont fortement serrées les unes contre les autres*, et les masséters évidemment contractés; on parvient cependant, sans exercer un effort considérable, à écarter les mâchoires, et la malade boit d'ailleurs assez facilement; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre peu épais; un vomissement dans la nuit, pas de selle.

La température de la peau paraît à peu près normale, il n'y a pas de sueurs, et le pouls, un peu accéléré, ne présente aucun caractère particulier.

La *sensibilité de la peau n'est pas seulement conservée, mais évidemment exagérée partout ;* ce n'est qu'à la face que l'hyperesthésie n'est pas bien évidente; lorsqu'on presse légèrement la peau, la malade fait des grimaces, mais ne pousse pas de cris, elle cherche à se soustraire à la douleur, elle porte, d'une manière très-précise, la main à l'endroit que l'on pince; la localisation de la douleur est donc conservée.

La pression exercée sur des apophyses épineuses dorsales et cervicales est particulièrement douloureuse.

Les muscles des extrémités et du tronc ne sont ni contracturés, ni anormalement relâchés. Pas de convulsions actuellement.

L'abdomen n'est ni élevé, ni rétracté. La pression y détermine une vive douleur, surtout du côté droit, mais le siége de cette douleur est surtout dans les parois.

La respiration n'est pas accélérée. La malade tousse cependant, et on entend des râles sibilants, médiocrement abondants, disséminés dans les deux poumons. — Une lotion froide.

A la suite de la lotion, la peau devient plus chaude sans que l'é-

tat cyanotique des joues se modifie sensiblement. Dans l'après-midi, la malade pousse à plusieurs reprises des cris non articulés et s'agite dans son lit. Le soir, la peau est chaude, sans sécheresse ni sueurs; le pouls, plus fréquent que le matin, peu résistant, dicrote; une selle liquide, jaune, fétide.

Nuit calme jusqu'à trois heures du matin. A cette heure, l'enfant est de nouveau prise d'agitation et pousse des cris comme dans l'après-midi.

Le 14, à la visite du matin, l'état de la malade ne paraît pas avoir subi un changement bien notable. Toutefois sa face n'exprime plus autant l'*absence* qu'hier. La coloration cyanotique des joues est moins prononcée. Au moment de la visite, *la vision s'exerce* évidemment *d'une manière plus ou moins complète*, car la malade saisit un gobelet qu'on lui présente et le porte à sa bouche. Les pupilles sont un peu moins dilatées et se contractent davantage sous l'influence de la lumière. Toutefois *cette contraction se fait avec une lenteur remarquable et affecte la forme d'oscillations* extrêmement frappantes. En faisant, par exemple, tomber sur l'œil un rayon solaire direct, on voit les pupilles arriver peu à peu, et beaucoup plus lentement qu'à l'état normal, à un certain degré de rétrécissement; puis, l'intensité de la lumière restant la même, le diamètre de la pupille augmente de nouveau pour diminuer encore, et ainsi de suite, à plusieurs reprises.

La peau est généralement plus chaude qu'hier. Le pouls présente à peu près les mêmes caractères que la veille au soir. *L'hyperesthésie cutanée persiste.* Le ventre est un peu plus élevé dans sa partie sous-ombilicale, surtout sensible au niveau de la fosse iliaque droite. La rate donne une matité verticale de 5 centimètres environ. Dans les poumons, les râles sibilants sont remplacés en grande partie par des râles bullaires, muqueux. Langue couverte d'un enduit jaune, principalement à sa base. La malade a continué depuis hier à prendre, sans trop de difficulté, du bouillon en guise de tisane (lotion froide, huile de ricin) : une selle diarrhéique, jaunâtre, fétide, avant l'administration de l'huile de ricin; deux ou trois selles semblables après.

On remarqua que l'ingestion du purgatif n'avait pu se faire qu'en

surmontant une certaine résistance de la part de la malade, qui manifestait par des cris qu'elle n'avait pas perdu le sens du goût.

Après avoir été tranquille pendant la première partie de la nuit, la malade poussa de nouveau des cris et s'agita vers quatre heures du matin.

Le 15, à la visite du matin, l'expression de la face paraît un peu plus naturelle. L'enfant *voit* manifestement; elle suit du regard les personnes qui s'approchent de son lit. Elle entend aussi les questions qu'on lui adresse et *essaye* même *d'y répondre;* ces tentatives se manifestent par de *légers mouvements des lèvres, sans que l'enfant réussisse d'ailleurs à articuler une parole.* Les yeux, qui étaient déjà un peu excavés et très-cernés les jours précédents, le sont encore beaucoup plus aujourd'hui. Les pupilles sont encore dilatées. *Les masséters sont toujours contractés,* mais la malade écarte spontanément les mâchoires quand on l'invite à boire. Ce mouvement est toutefois peu étendu. Pas de plaques sur les gencives qui sont très-plates; langue humide; ventre gros, surtout vers l'ombilic, à peu près également partout. *Face encore cyanosée aux joues,* nez froid; température de la peau généralement peu élevée. Pas de changement dans l'état du pouls. Râles humides abondants, assez fins à la base des deux poumons en arrière. — 1 gr. 20 de sulfate de quinine dans une infusion de café en 4 doses : 2 le matin et 2 le soir; sinapismes.

Une selle liquide, fétide, jaunâtre, dans l'après-midi. Le soir, pas de changement appréciable, si ce n'est une rougeur plus foncée des joues. — On donne les deux dernières doses de sulfate de quinine.

Le 16, *la malade répond à quelques questions par une légère inclinaison de la tête.* Lèvres un peu sèches, enduit jaune plus épais de la langue, narines pulvérulentes, peau chaude sans sécheresse, pupilles plus contractiles qu'hier, respiration un peu haute; pouls plus petit qu'hier, à 128. Pas de changement appréciable dans les autres symptômes. L'aspect de la face n'est cependant pas aujourd'hui sans une légère ressemblance avec l'expression typhoïde. — Mêmes prescriptions.

Pas d'évacuation alvine dans la journée. Le soir, l'enfant paraît plus assoupie; elle reste de préférence les deux bras hors du lit, et

c'est encore cette attitude qu'elle prend avec une sorte de véhémence dans ses moments d'agitation, qui reviennent un peu plus souvent qu'auparavant. En même temps, l'enfant pousse des cris qui semblent indiquer une vive douleur : sa face grimace, et elle serre plus fortement les mâchoires. Déglutition plus difficile.

Le 17. Traits tirés et pincés; assoupissement de plus en plus profond, pupilles encore contractiles; ventre moins élevé, toujours sensible; une selle moins liquide que celles des jours précédents. Du reste, même état. — Vésicatoires aux cuisses.

La malade continua à s'assoupir de plus en plus, s'agitant encore de temps en temps, avec cris et soubresauts de tendons, tomba finalement dans un coma complet, et mourut dans la matinée du 18. Il nous fut impossible d'obtenir la permission de faire l'autopsie.

L'origine spinale de l'hyperestésie, dans ce fait, ne nous paraît guère douteuse. Il faut pourtant se rappeler que ce symptôme n'est pas rare au début de la méningite cérébrale, mais elle ne s'accompagne pas de rachia'gie et n'obéit d'ailleurs pas aux mêmes lois dans sa distribution.

Nous avons parlé plus haut du rapprochement, malheureux à tout égard, que Forget avait fait entre sa forme *rhumatismale* de la fièvre typhoïde et la forme *arthritique* de M. Bazin. On comprendra sans peine que nous ne soulevions pas une question de diagnostic différentiel à ce sujet.

CHAPITRE VII.

Pronostic.

§ 52.— Les symptômes spinaux vulgaires du début de la fièvre typhoïde n'ont aucune portée au point de vue de la marche ultérieure de la maladie ; mais il n'en est pas de

même lorsque celle-ci a revêtu la forme spinale et alors même que la prédominance des symptômes rachidiens est peu prononcée. Pour peu que ces symptômes se prolongent et se multiplient, on devra s'attendre à une maladie longue, grave, à une convalescence tardive et pleine de dangers. Chez les sujets adultes le péril est d'ailleurs bien autrement redoutable que chez les enfants. M. le professeur Schutzenberger insistait beaucoup sur ce fait dans la communication orale qu'il a bien voulu me faire ; la plupart de ses malades ont succombé. L'observation suivante montrera que, même chez les enfants, le pronostic devra toujours être extrêmement réservé.

Obs. XXXII (recueillie dans le service de M. Bouchut, par M. Lannelongue, et communiquée par M. Dubuc). — *Fièvre typhoïde, hyperesthésie cutanée et spinale, contracture du bras droit le quinzième jour, convulsion générale le dix-septième ; mort.* — Laloyer (C.-L.), entrée le 26 septembre 1862 à l'hôpital Sainte-Eugénie (salle Sainte-Marguerite, lit n° 15, service de M. Bouchut). Les parents de l'enfant sont bien portants, et elle-même n'a eu que des gourmes dans la tête. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant a commencé à souffrir de la tête, et en même temps son ventre est devenu très-douloureux. La constipation habituelle a fait place à de la diarrhée. Du reste, l'enfant n'a eu ni épistaxis ni grande faiblesse.

Le 26 septembre, jour de son entrée, elle présente les phénomènes suivants : L'enfant est pâle, son regard hébété; elle porte instinctivement sa main à la tête. Son ventre est un peu ballonné, douloureux dans toute son étendue, et *le simple contact de la main avec la peau du ventre suffit pour développer cette douleur. La région de la poitrine est aussi un peu douloureuse, mais c'est surtout à la région lombaire que l'hyperesthésie est accusée, et cela dans toute l'étendue de la moelle.* Pas de taches rosées. L'enfant va jusqu'à cinq et six fois à la garde-robe le 26 et les jours suivants. Elle tousse un peu, et la poitrine pré-

sente à l'auscultation des râles sibilants et ronflants assez généralisés. La fièvre est intense, le pouls 120 à 130, irrégulier.

Même état pendant les jours suivants, lorsque tout d'un coup, le 2 octobre, l'enfant a une contracture intense dans le bras droit; on ne peut pas le lui plier. Cette convulsion tonique s'est montrée encore deux fois le même jour, mais sans autre phénomène. Du reste, dès ce moment elle a eu non un délire intense, mais un subdélirium loquace, se manifestant surtout la nuit.

Il en a été ainsi jusqu'au 4 octobre, où, tout à coup, sans que rien pût le faire prévoir, l'enfant a succombé à une convulsion intense, généralisée aux quatre membres, mais plus forte à droite. Cette convulsion a à peine duré cinq minutes.

Les formes cérébro-spinales sont les plus graves de toutes, et doivent toujours faire redouter une terminaison funeste, au moins chez l'adulte.

§ 53. — Parmi les symptômes du bulbe, la dyspnée, quand elle est considérable, l'état convulsif de la respiration au début, sans affection bronchique ou pulmonaire grave, sont presque toujours les précurseurs d'un danger prochain. J'ai vu succomber très-rapidement une jeune fille du service de M. Hérard qui présentait à un haut degré cette dyspnée. Tel fut également le sort d'une jeune femme qui entra à l'hôpital Cochin, au commencement de cette année, avec une oppression nerveuse que rien n'expliquait; elle fut emportée en quatre jours (communication orale de M. le Dr Mauriac).

Les autres symptômes, dont nous avons parlé dans le § 29, sont fort inquiétants quand ils se présentent plusieurs ou tous réunis, et nous nous attendions à une terminaison fatale chez nos deux malades. Il n'en est plus de même quand l'un ou l'autre de ces troubles fonctionnels se montre isolément; au moins, dans les faits que nous connais-

sons, la maladie n'a pas revêtu une gravité exceptionnelle. Toutes les fois cependant que le bulbe aura été touché, on devra se tenir en garde contre les accidents nerveux de la convalescence, aussi bien que dans les cas où l'affection de la moelle a été très-prononcée. Mon savant maître, M. le Dr Barthez, m'a parlé d'un enfant qu'il a soigné au commencement de cette année. et qui n'avait présenté dans le cours de la fièvre typhoïde d'autre symptôme nerveux que la dysphagie, dont il a été question plus haut. Au moment où la convalescence s'établissait, une paralysie générale se developpa chez cet enfant, comme chez notre malade de l'obs. XXII *bis*. Quant à la dysphagie paralytique des périodes avancées de la fièvre typhoïde, on sait qu'elle est presque toujours l'indice d'une terminaison fatale prochaine.

Nous avons déjà dit plus haut que la tétanie n'introduit aucun élément nouveau dans le pronostic de la fièvre typhoïde. Il est toutefois nécessaire de surveiller les malades qui en sont atteints, en raison de l'immobilité à laquelle ils sont condamnés pendant les accès, et qui pourrait entraîner les conséquences les plus déplorables. C'est ainsi qu'Aran raconte qu'un de ses malades, chez lequel les contractures survinrent pendant qu'il était au bain, faillit se noyer.

CHAPITRE VIII.

Traitement.

§ 53. — Il serait difficile d'arrêter, dès aujourd'hui, les indications que font surgir les symptômes spinaux de la fièvre typhoïde. On peut seulement emprunter aux faits

que nous possédons quelques règles de conduite, sans prétendre à une formule définitive.

Les symptômes habituels et peu prononcés qui s'associent aux autres phénomènes du prodrome et du début ne réclament aucune intervention active.

Dans le traitement des formes spinales franches, on se trouve presque toujours en présence d'un état d'irritation de la moelle épinière, et c'est à cet élément que devra s'adresser le traitement.

Lorsque la rachialgie est vive et s'acompagne d'irradiations très-douloureuses, il est avantageux de faire une ou deux applications de ventouses scarifiées ou sèches sur la partie la plus douloureuse de la colonne vertébrale. Il est probable qu'elles agissent principalement, sinon d'une manière exclusive, à titre d'agent révulsif, aussi donnerions-nous la préférence, au moins pour commencer, aux ventouses sèches. Le même moyen est encore applicable lorsque, sans rachialgie proprement dite, l'hyperesthésie cutanée ou musculaire s'accompagne d'une hyperesthésie spinale de quelque étendue. L'application des ventouses est sans doute fort douloureuse dans ces conditions, mais elle n'en est pas moins suivie d'une certaine amélioration.

Les sangsues, qui ont été employées dans quelques cas à la place des ventouses, ne paraissent pas avoir eu la même utilité.

Les vésicatoires le long du rachis nous paraissent plutôt indiqués à une période plus avancée de la maladie, surtout lorsque les ventouses n'ont pas produit le résultat désiré, lorsque leur action est épuisée, et lorsque la rachialgie s'accompagne d'analgésie et d'autres symptômes paralytiques.

Les frictions d'huile chloroformée, les applications de chloroforme ou de baume tranquille le long de la colonne vertébrale, peuvent être associées utilement aux applications de ventouses.

Les bains généraux, plus ou moins prolongés, suivant l'état général, produisent presque toujours une détente très-marquée. Ce résultat favorable est, à la vérité, assez peu durable, mais on peut en donner au moins à plusieurs reprises le bénéfice aux malades, car la plupart supportent admirablement les bains répétés plusieurs jours de suite. On aura soin de ne pas trop élever la température des bains. Peut-être y aurait-il de l'avantage à employer l'eau de son ou d'amidon au lieu de bains simples.

Lorsque les bains paraîtront contre-indiqués, on pourra parfois leur substituer les lotions fraîches avec de l'eau simple ou de l'oxycrat. Nous conseillons d'éviter les affusions froides lorsqu'il existe des symptômes spinaux graves, et surtout lorsqu'un spasme du pharynx ou quelque autre symptôme indique que l'état morbide de la moelle s'est étendu jusqu'au bulbe rachidien. Nous redouterions fort de provoquer, en employant ces moyens énergiques, une syncope dangereuse, et l'obs. XIX montre que cette crainte est fondée.

La saignée générale ne nous paraît acceptable que dans les cas où la cyanose cutanée, la gravité des accidents thoraciques, l'oppression des fonctions cérébrales, coïncidant avec des symptômes spinaux graves, rendraient probable l'existence d'une congestion veineuse générale des méninges cérébro-rachidiennes et du poumon. Dans les formes ordinaires, la saignée, malgré la détente favorable qu'elle peut amener, nous paraît contre-indiquée par les besoins ultérieurs de l'organisme, en lutte avec une ma-

ladie débilitante par excellence. On a pu voir plus haut que les saignées répétées peuvent être fort préjudiciables aux malades en prolongeant la durée de l'affection typhoïde et en particulier celle des symptômes spinaux.

La belladone à l'intérieur n'est peut-être pas sans utilité. Quant à l'opium, il nous a paru manifestement nuisible chez la malade de l'obs. XXII.

La plupart de ces moyens sont applicables alors même que des symptômes paralytiques se montrent du côté des extrémités inférieures dans le cours de la fièvre typhoïde, et même à un moment plus ou moins rapproché de la convalescence. Que l'on se garde surtout d'avoir recours trop tôt aux stimulants directs de la moelle épinière. Nous avons vu de quelles conséquences terribles l'emploi prématuré de la strychnine a été suivi chez un des ouvriers de la verrerie de Fresnes.

Les purgatifs, à moins de quelque contre-indication spéciale, seront utilement prescrits à plusieurs reprises chez la plupart des malades. Nous avons vu en effet que la constipation n'est pas rare dans les formes spinales de la fièvre typhoïde.

Les irradiations douloureuses, les phénomènes spasmodiques, l'hyperesthésie cutanée qui accompagnent la rachialgie ou l'hyperesthésie spinale sont, en grande partie, justiciables des moyens qui viennent d'être énumérés. Les embrocations huileuses ou narcotiques, les frictions de pommade belladonée, et, dans des cas exceptionnels, quelques ventouses scarifiées appliquées au niveau des muscles contracturés ou particulièrement douloureux, pourront compléter le traitement au besoin.

Ce qui vient d'être dit s'applique également à la dysurie spasmodique. Les bains, les frictions belladonées sur le

bas-ventre, les cataplasmes abdominaux, seront ici surtout indiqués. Quant à la rétention d'urine qui, survenant tardivement, annonce la paralysie de la vessie, elle réclame le cathétérisme répété deux ou trois fois par jour.

L'existence de l'hyperesthésie cutanée devra en général rendre très-réservé dans l'emploi des sinapismes, qui provoquent facilement, au moins chez les enfants, des douleurs intolérables et consécutivement une agitation excessive. Est-il besoin de rappeler qu'ils doivent être proscrits absolument ou au moins surveillés avec une sollicitude extrême chez les sujets atteints d'analgésie des extrémités?

Les contractures idiopathiques réclament les mêmes moyens lorsqu'elles accompagnent la fièvre typhoïde que dans toute autre condition.

L'hygiène alimentaire des malades doit être dirigée, autant qu'il est possible d'en juger aujourd'hui, d'après les principes généraux applicables aux autres formes de la fièvre typhoïde. Ce n'est que dans les cas où les symptômes spinaux sont d'une grande gravité qu'ils nous paraissent de nature à faire restreindre l'alimentation telle qu'elle doit être instituée.

Rappelons enfin, en terminant, qu'à la suite du retentissement morbide dont la moelle a été le siége, elle conserve longtemps encore une susceptibilité morbide extrême, et que la convalescence ne saurait dès lors être entourée de trop de précautions. Les refroidissements en particulier doivent être redoutés à l'égal des écarts de régime les plus graves.

Nous n'avons pas parlé du cas dans lequel une méningite rachidienne ou une myélite viendrait compliquer la scène morbide. Il n'est guère possible de dire au juste quels devoirs une pareille éventualité imposerait au médecin. Le

fait de M. Bourgogne, cité plus haut (obs. XVII), ne nous paraît pas de nature à éclairer cette question, que des faits nouveaux, bien étudiés et bien décrits, pourront seuls vider.

Conclusions.

§ 56. — Il résulte des faits que nous avons exposés, que la moelle épinière est plus ou moins troublée dans ses fonctions chez un grand nombre de malades atteints de fièvre typhoïde, à des époques diverses de la maladie.

Dans la période prodromale et au commencement du premier septénaire, on observe des symptômes spinaux légers, mais faciles à discerner chez plus de la moitié des malades.

Ce sont des douleurs lombaires, à tous égards semblables à celles qui annoncent si souvent la variole, s'accompagnant parfois, comme dans cette maladie, d'une paralysie incomplète des extrémités inférieures, ou, plus souvent, d'hyperesthésie cutanée et musculaire, d'irradiations douloureuses dans ces extrémités; des douleurs rachialgiques plus ou moins intenses dans la région dorsale; une douleur souvent très-vive à la nuque, s'irradiant à l'occiput, gênant les mouvements de la tête et du cou, et s'accompagnant parfois, comme les douleurs des extrémités inférieures, d'une sensation de roideur incommode dans les muscles; enfin une sensibilité vive à la pression des apophyses épineuses des régions endolories (hyperesthésie spinale).

Ces symptômes ne sont pas plus inconstants que la plupart de ceux que l'on fait entrer ordinairement dans la description générale de la fièvre typhoïde; il est juste qu'une place leur y soit réservée.

Ils persistent habituellement jusqu'au milieu ou à la fin de la première semaine, et disparaissent ensuite ; de même que, chez un grand nombre de sujets, les symptômes cérébraux du début s'effacent à cette époque ou un peu plus tard.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : les symptômes spinaux, aussi bien que les troubles fonctionnels de l'encéphalie, peuvent acquérir dès les premiers jours de la maladie une intensité insolite ; puis, se multipliant, se groupant de diverses manières, prendre le rang le plus saillant dans l'ensemble phénoménal, persister enfin jusque dans les phases avancées de la maladie.

Des cas les plus simples aux plus complexes, il y a sous ce rapport une série de transitions insensibles, et il résulte à la fois des autopsies qui ont été faites et de l'analyse clinique, que, même dans les cas où les symptômes spinaux ont atteint la violence la plus singulière, il ne s'agit en aucune façon d'une myélite ou d'une méningite spinale qui seraient venues compliquer accidentellement la fièvre typhoïde.

C'est tout au plus si, dans un nombre extrêmement limité de faits, les symptômes spinaux ont pu à la rigueur être mis en partie sur le compte d'une congestion des méninges rachidiennes.

On peut affirmer que, le plus souvent, la moelle et ses enveloppes ne sont le siége d'aucune lésion matérielle appréciable.

Il ne s'agit donc pas là de complications accidentelles, pas plus que dans les cas où les symptômes cérébraux acquièrent une intensité exceptionnelle, et, si l'on admet la dénomination de *formes cérébrales* de la fièvre typhoïde pour désigner cette dernière classe de faits, on ne peut se

refuser à accepter de même le nom de *formes spinales* pour indiquer la prédominance des symptômes spinaux.

Les symptômes indiqués ci-dessus ne sont pas les seuls qui appartiennent aux formes spinales de la fièvre typhoïde.

Le tableau phénoménal de ces formes comprend la séméiotique presque tout entière de la moelle épinière.

Parmi les altérations de la sensibilité, il faut citer en première ligne l'hyperesthésie cutanée étendue à une grande partie du corps, quelquefois aux quatre extrémités, au tronc et au cou, accompagnée souvent d'hyperesthésie musculaire; l'hyperesthésie spinale, étendue depuis l'atlas jusqu'au sacrum; puis, par fréquence décroissante, la rachialgie avec irradiations douloureuses dans diverses parties du corps, des douleurs insupportables dans les extrémités inférieures, rarement dans les supérieures; la douleur en ceinture; des douleurs violentes dans la poitrine; des douleurs névralgiques, bilatérales et symétriques; des sensations anormales de froid, de fourmillements, de picotements le long de la colonne vertébrale ou dans les membres; l'analgésie et l'anesthésie cutanées; l'anesthésie musculaire.

Les troubles des fonctions motrices de la moelle ne sont pas moins variés : symptômes paralytiques, engourdissement des extrémités, paraplégies, paralysie incomplète des muscles respiratoires, constipation, rétention d'urine, paralysie des sphincters; — symptômes spasmodiques : dysurie spasmodique, contractions spasmodiques ou convulsives des muscles respiratoires ou des muscles des extrémités, roideur des muscles du cou, contractures des extrémités.

Peut-être doit-on inscrire également ici les accidents tétaniques.

Il faut ajouter à ce tableau un groupe particulier de symptômes dont l'origine est dans le bulbe rachidien, la dyspnée extrême, indépendante d'une affection des voies ou des muscles respiratoires, le spasme du pharynx et du larynx, la toux convulsive, l'aphonie, l'alalie, la glossoplégie masticatoire, la contraction spasmodique ou rhythmique du sterno-mastoïdien et du trapèze, la paralysie du pharynx.

Les formes spinales de la fièvre typhoïde sont rarement tout à fait pures ; elles s'accompagnent assez souvent de phénomènes cérébraux, thoraciques ou autres, d'une grande intensité.

De ces divers groupements, le plus important au point de vue du diagnostic surtout, c'est la coïncidence de la forme spinale avec des symptômes cérébraux graves (forme cérébro-spinale de M. Wunderlich).

C'est chez les enfants, chez les jeunes femmes, chez les individus anémiés, que la moelle épinière paraît surtout disposée à être gravement atteinte par la fièvre typhoïde.

Les formes spinales ont été généralement, mais non toujours, observées dans ces conditions. Il ne paraît pas que l'hystérie crée à cet égard une aptitude morbide spéciale.

Les symptômes spinaux, rares dans certains moments, se multiplient et revêtent une grande intensité à d'autres époques.

Les formes spinales et cérébro-spinales graves, plus fréquentes en temps d'épidémie typhoïde que dans les cas sporadiques, se sont produites en nombre considérable pendant plusieurs épidémies de méningite cérébro-rachidienne.

L'étude des symptômes spinaux et des formes spinales de la fièvre typhoïde est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic.

C'est faute d'avoir connu ces formes décevantes que des cliniciens très-exercés ont pris plus d'une fois des fièvres typhoïdes pour des méningites rachidiennes ou cérébro-spinales.

On évitera presque toujours une pareille erreur en tenant compte du manque d'harmonie dans le désordre des diverses fonctions de la moelle ; de l'intégrité de quelques-unes de ces fonctions, contrastant avec la perversion profonde des autres ; de la mobilité des symptômes, de leur succession irrégulière ; de l'expression de la face, de la nature du délire, des épistaxis, des troubles gastriques, de la douleur iliaque, de la diarrhée, de l'apparition des taches rosées lenticulaires, des râles sibilants.

Les symptômes spinaux de médiocre intensité ne peuvent servir en rien à différencier la fièvre typhoïde des diverses maladies aiguës qui peuvent la simuler à leur début.

Le pronostic des formes spinales, et surtout des formes cérébro-spinales, est presque toujours grave, notamment chez les adultes ; la mortalité dans ces cas est grande, la durée généralement longue, et des accidents paralytiques ou autres surviennent volontiers à la suite.

Les symptômes du bulbe doivent toujours faire porter un pronostic très-réservé, et la dyspnée, l'oppression extrême au début, sans complication pulmonaire, annonce presque toujours une marche foudroyante.

Les symptômes spinaux de la fièvre typhoïde ne réclament jamais la saignée par eux-mêmes et en général ils la contre-indiquent. Dans les cas où ils sont menaçants, on emploiera les ventouses sèches ou scarifiées, les révulsifs cutanés, appliqués le long de la colonne verté-

brale, les bains généraux, les lotions froides, les purgatifs répétés.

La belladone à l'intérieur n'est peut-être pas sans utilité, tandis que les préparations opiacées paraissent contre-indiquées.

Les topiques émollients et anodins peuvent enfin rendre quelques services à titre de palliatifs.

TABLE DES MATIÈRES

A. PARENT, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.